



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRIA DE GERENCIA EN SALUD



**CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA
VARONES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO AREQUIPA 2011”**

Tesis Presentada por la bachiller
Mirla Petronila Del Carpio Delgado
Para optar el grado académico de
Magister de Gerencia en Salud

AREQUIPA - PERÚ

2013

DEDICATORIAS

*A mis adorados hijos Oliver
Angie y Ana Lucía quienes
han sido el motor principal
para poder culminar con mi tesis*

*A mis queridos padres hermanos
Sobrinos*

A mi adorado Mateito

A la memoria de Justo

Con amor a Carlos

EPIGRAFE

*“El pesimista se queja del viento, el optimista espera que cambie y el realista
Ajusta las velas”*

Lucío Severa



AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios y a la virgencita por darme todo lo que tengo.

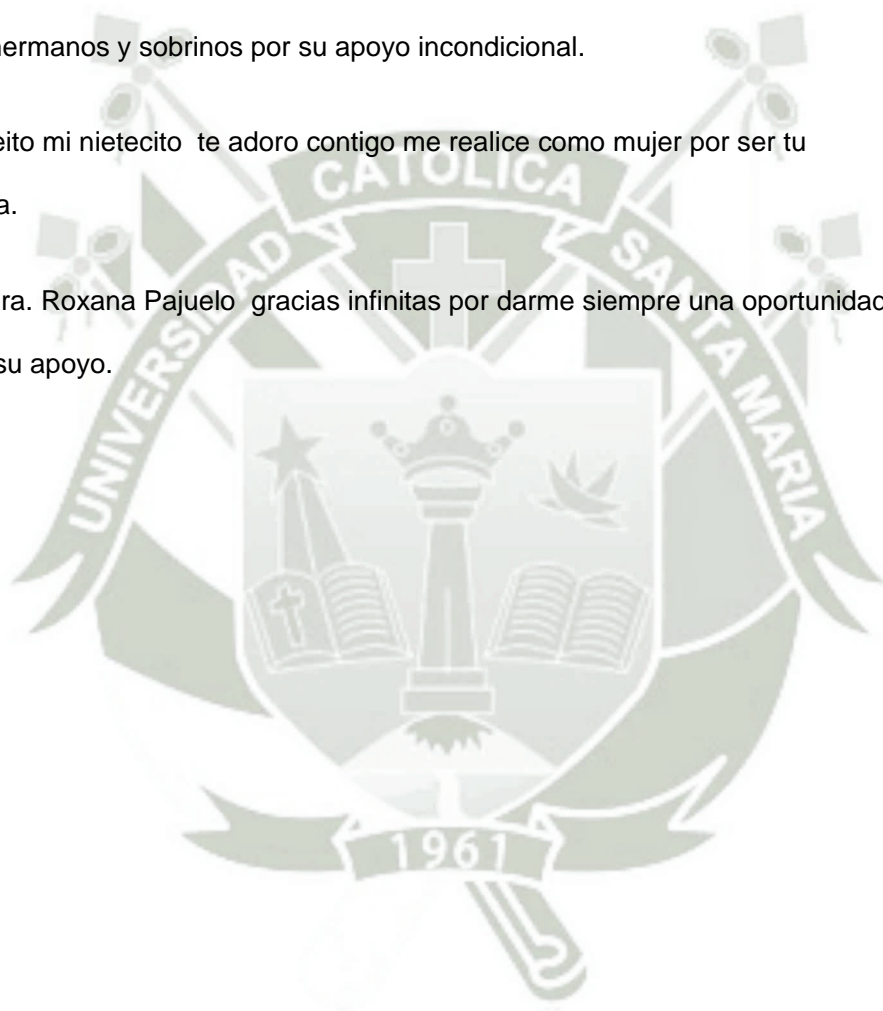
A mis amores, Carlos Oliver Anguie Ana Lucia, gracias por su sacrificio, paciencia, y apoyo, los adoro.

A mis queridos padres por creer en mí y por su respaldo

A mis hermanos y sobrinos por su apoyo incondicional.

A Mateito mi nietecito te adoro contigo me realice como mujer por ser tu Abuelita.

A la Dra. Roxana Pajuelo gracias infinitas por darme siempre una oportunidad, por su guía y su apoyo.



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	04
ABSTRACT	05
INTRODUCCIÓN.....	06
CAPITULO ÚNICO: RESULTADOS	07
1. Calidad en el Diseño de las Historias Clínicas	08
2. Calidad en los Aspectos Cuantitativos de las Historias Clínicas	09
3. Discusiones y Comentarios.....	29
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	31
PROPUESTA	33
BIBLIOHEMEROGRAFÍA	37
ANEXOS.....	38
ANEXO 1 PROYECTO DE TESIS	40

RESUMEN

Presentamos la investigación “Calidad de las Historias Clínicas del Servicio de Hospitalización del Servicio de Cirugía Varones en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2011”

La calidad asistencial se puede medir desde el llenado de una historia clínica documento legal que registra la identificación del paciente, su salud, enfermedad, diagnóstico evolución y tratamiento. Para ello se realiza la evaluación de fuentes secundarias como un estudio de calidad en el llenado.

Objetivos: El estudio busca determinar la calidad de la historia clínica en relación a su diseño y aspectos cuantitativos en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa (HRHDE) en I Trimestre del 2011.

Material y métodos: Se revisaron 554 historias clínicas, de acuerdo a las variables en estudio; se elaboró un instrumento para la recolección de datos, se utilizó estadística descriptiva para el análisis de tablas y graficas resultantes de la sistematización de la información disponible.

Se está tomando en cuenta el diseño de las historias clínicas y el aspecto cuantitativo (llenado) de la misma

La información se obtuvo a través de una lista de chequeo para el aspecto relacionado con el diseño como el aspecto cuantitativo (llenado) de la historia clínica. Los datos se presentan en frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se encontró en el diseño de los formatos aspectos en los que se cumple con la norma 100% en el criterio de rotulación. De igual manera encontramos criterios donde el cumplimiento de la norma es menor y oscila entre 87% y 6060% en el caso de los criterios de tamaño de letra, tipo de papel, espacio entre nombres, espacio para anotar la respuesta finalmente el criterio tamaño letra donde el cumplimiento de la norma alcanza el 56%

El 67% de las Historias Clínicas de acuerdo a sus aspectos cuantitativos tienen un criterio de calidad Bueno en cuanto al llenado de la información. La mayor cantidad de datos incompletos corresponde a las dimensiones de Consentimiento Informado 74%, Interconsultas 53% y Órdenes Médicas 43%, Reporte Operatorio 36%, Evolución 32%, Prescripción Médica 31%, Resumen de Exámenes de Laboratorio 31%, Identificación 25%, Notas de Enfermería 25%, Hoja Gráfica 26% y Epicrisis 21%.

Palabras clave: Calidad, Historia Clínica

ABSTRACT

We introduce the research "Quality of the Clinical Histories of the Hospitalization Service of men's surgery Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa 2011

The assistance quality can be measured from the clinical Histories medical-legal document where the identification of the user, health status illness diagnostic evolution and therapy are registered. For this reason the evaluation of secondary sources is carried out to study the quality of the filled

It has as an objective the characterization of the presence or absence of quality in the Clinical Histories in relation with the quantitative aspect.

Objectives: The study seeks to determine the quality of the case history in relation to its design and quantitative aspects in Arequipa's Hospital Regional Honorio Delgado (HRHDE) in I Trimester of 2011.

Material and methods: They checked 554 clinical stories, according to the variables under consideration; An instrument for the anthology of data became elaborate, descriptive statistics for the analysis of the data and resulting graphs of the systematization of the available information were used.

Results:

The case histories studied in Arequipa's Hospital Regional Honorio Delgado in I Trimester of the 2011, abide by the standard in their design 79 % (size of letter, type of paper, space between names, space to note down the answer and lettering).

67 % of the case histories according to their quantitative aspects have an opinion of Acceptable quality as to the filling of the information. The bigger quantity of incomplete data corresponds to Informed Consent dimensions 74 %, Interconsultas 53 % and Medical orders 43 %, Operative Report 36 %, Evolution 32 %, Prescription Medical 31 %, 31 %, Summary Summarize of Laboratories' Examines 25 %, You See 25 %, Graphic Sheet nursing 26 %, Epicrisis 21 %.

Key words: Quality, Clinical History.

INTRODUCCIÓN

La historia clínica puede definirse desde diferentes perspectivas; desde el punto de vista gramatical, desde el aspecto jurídico .concepto medico asistencial, o bien entendiéndose desde el área de la medicina legal definiéndose en tal circunstancia como el documento medico legal donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente todos los actos y actividades que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia desde su nacimiento hasta su muerte y que puede ser utilizada por todos los centro sanitarios donde el paciente acuda

El fin principal de un sistema asistencial de calidad es conseguir la atención sanitaria más efectiva en el mejoramiento del estado de salud y la satisfacción de la población con los recursos que la sociedad y los individuos ha decidido gastar en ello.

La historia clínica en un tiempo era utilizada solo por el médico, ahora es un documento utilizado por un grupo de personas los trabajadores de la institución; por lo que la responsabilidad de la calidad recae en todos los trabajadores y en el prestigio de la institución, respecto a las otras instituciones que brindan los mismos servicios.

La calidad de la atención en salud debe involucrar a todos los trabajadores, donde el área administrativa y los profesionales de la salud junto con los usuarios, deben integrarse en aras del mejoramiento continuo en los diferentes niveles de atención en salud

El profesional de salud para prestar una buena y adecuada asistencia tiene que dar a la historia clínica su máxima dimensión en el mundo jurídico, porque es el documento donde se refleja no sólo la práctica médica o acto médico, sino también el cumplimiento de algunos de los principales deberes del profesional de la salud respecto al paciente, convirtiéndose en la prueba documentada que evalúa el nivel de la calidad asistencial en circunstancias de reclamaciones de responsabilidad a los médico y a las instituciones donde labora.

La importancia del correcto llenado de la historia clínica la podemos evaluar desde varios puntos de vista; asistencia, ético, médico legal y otros que no pueden ser obviados por las instituciones de salud.

Realizamos esta investigación motivados en lo múltiples problemas legales que se suceden por las fallas en el llenado de la historia clínica identificando errores y responsabilidades por la misma característica del nivel del hospital (docente) la responsabilidad del llenado de este documento tan importante generalmente se deja en manos de los estudiantes ,que por su situación académica realizan su rotación en el servicio de cirugía varones en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el 2011

CAPÍTULO ÚNICO

RESULTADOS



1. CALIDAD EN EL DISEÑO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

TABLA Nº 01

CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS RESPECTO AL DISEÑO DE LOS FORMATOS

Dimensión a evaluar	% Cumple Norma	Criterio de Calidad de acuerdo al cumplimiento de la Norma
Tamaño de letra	56	Regular
Tipo de papel, impresión del mismo	60	Bueno
Espacio registro nombres, Nº Ha clínica	87	Muy Bueno
Espacio para anotar la respuesta	90	Muy Bueno
Rotulación de formatos	100	Excelente
Promedio	79	Bueno

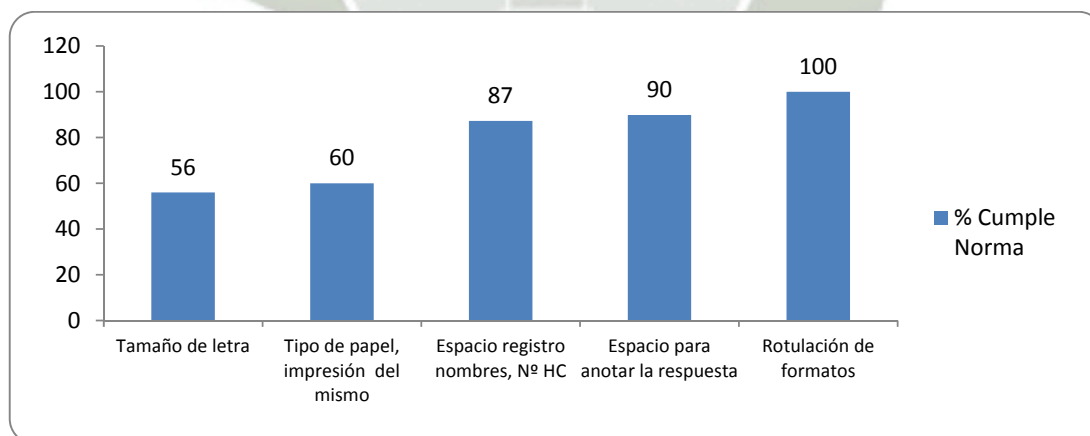
Fuente: Elaboración propia en base a los registros de Historias Clínicas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza I Trimestre 2011

Criterio calidad	Puntaje
Excelente	96 a 100 % de datos responden a la norma
Muy Bueno	80 a 95 % de datos responden a la norma
Bueno	60 a 79 % de datos responden a la norma
Regular	40 a 59 % de datos responden a la norma
Mal	0 a 39 % de datos responden a la norma

Fuente: Análisis cuantitativo de la Historia Clínica Ing. Evelyn Chávez Acosta

GRÁFICA Nº 01

CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS RESPECTO AL DISEÑO DE LOS FORMATOS



Se observan ocho de cada diez historias clínicas (HCL) cumplen con la norma en su diseño encontrándose en un criterio de Bueno. Los parámetros específicos donde se observa los menores cumplimientos están representados por tamaño de letra 56% y tipo de papel e impresión 60%

2. CALIDAD EN LOS ASPECTOS CUANTITATIVOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

TABLA Nº 02

DIMENSION IDENTIFICACIÓN

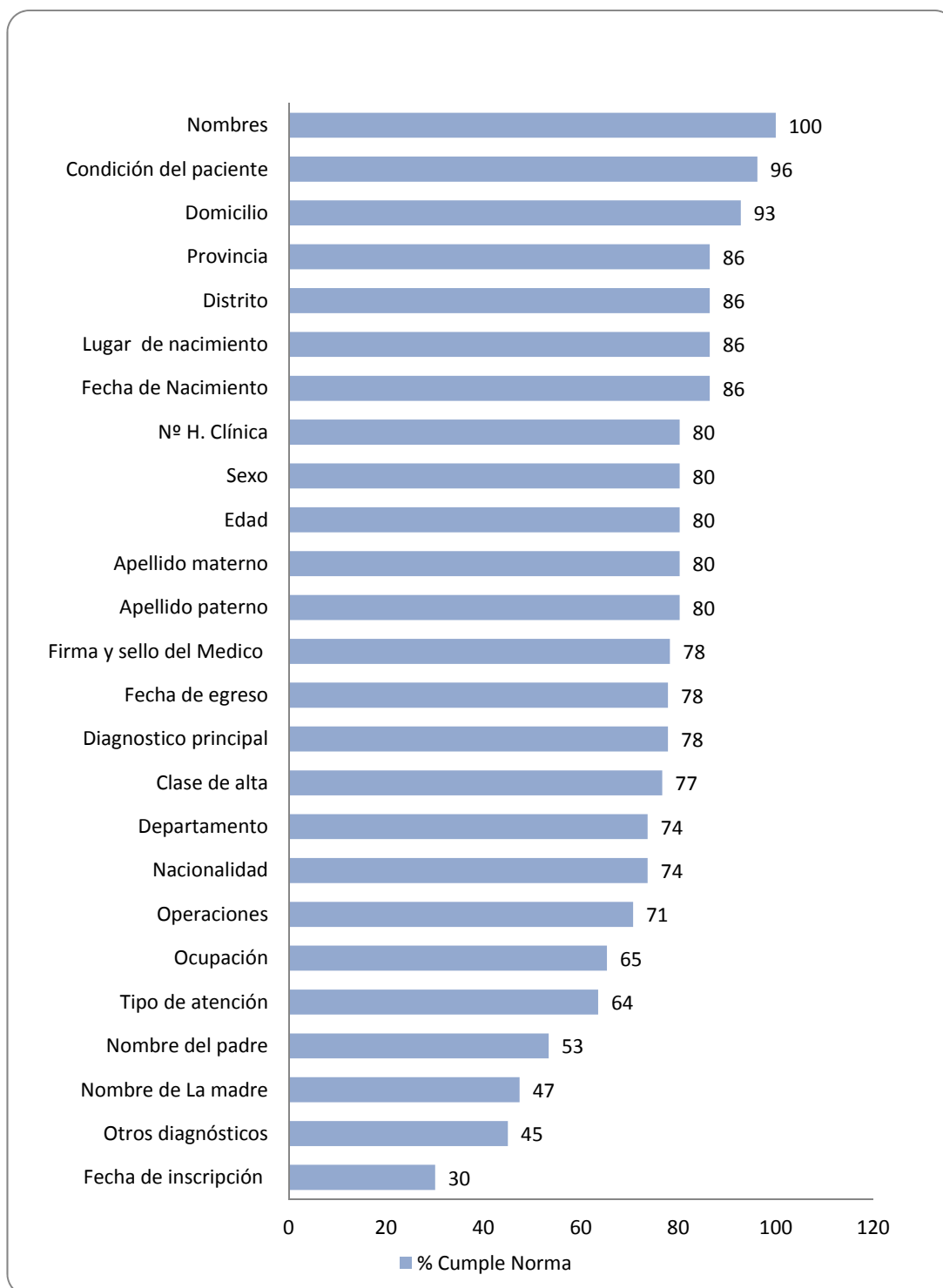
Dimensión a evaluar	% Cumple Norma	Criterio de Calidad de acuerdo al cumplimiento de la Norma
Fecha de inscripción	30	Mal
Otros diagnósticos	45	Regular
Nombre de La madre	47	Regular
Nombre del padre	53	Regular
Tipo de atención	64	Bueno
Ocupación	65	Bueno
Operaciones	71	Bueno
Nacionalidad	74	Bueno
Departamento	74	Bueno
Clase de alta	77	Bueno
Diagnostico principal	78	Bueno
Fecha de egreso	78	Bueno
Firma y sello del Medico	78	Bueno
Apellido paterno	80	Muy Bueno
Apellido materno	80	Muy Bueno
Edad	80	Muy Bueno
Sexo	80	Muy Bueno
Nº H. Clínica	80	Muy Bueno
Fecha de Nacimiento	86	Muy Bueno
Lugar de nacimiento	86	Muy Bueno
Distrito	86	Muy Bueno
Provincia	86	Muy Bueno
Domicilio	93	Muy Bueno
Condición del paciente	96	Excelente
Nombres	100	Excelente
Promedio	75	Bueno

Fuente: Elaboración propia en base a los registros de Historias Clínicas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza I Trimestre 2011

Esta es un hoja importante donde se recopila toda la estadía e identificación del paciente en el servicio de hospitalización o cuando asiste a sus controles por consultorio externo.

El criterio de calidad de acuerdo al cumplimiento de la norma de historias clínicas en la dimensión de Identificación en promedio es Bueno (75%). Los datos con menor cumplimiento corresponden a Fecha de inscripción 30%, Otros Diagnósticos 45%, Nombre de la madre y padre (47% y 53%).

GRÁFICA N° 02
DIMENSION IDENTIFICACIÓN



Fuente: Elaboración propia

TABLA Nº 03

DIMENSION EPICRISIS

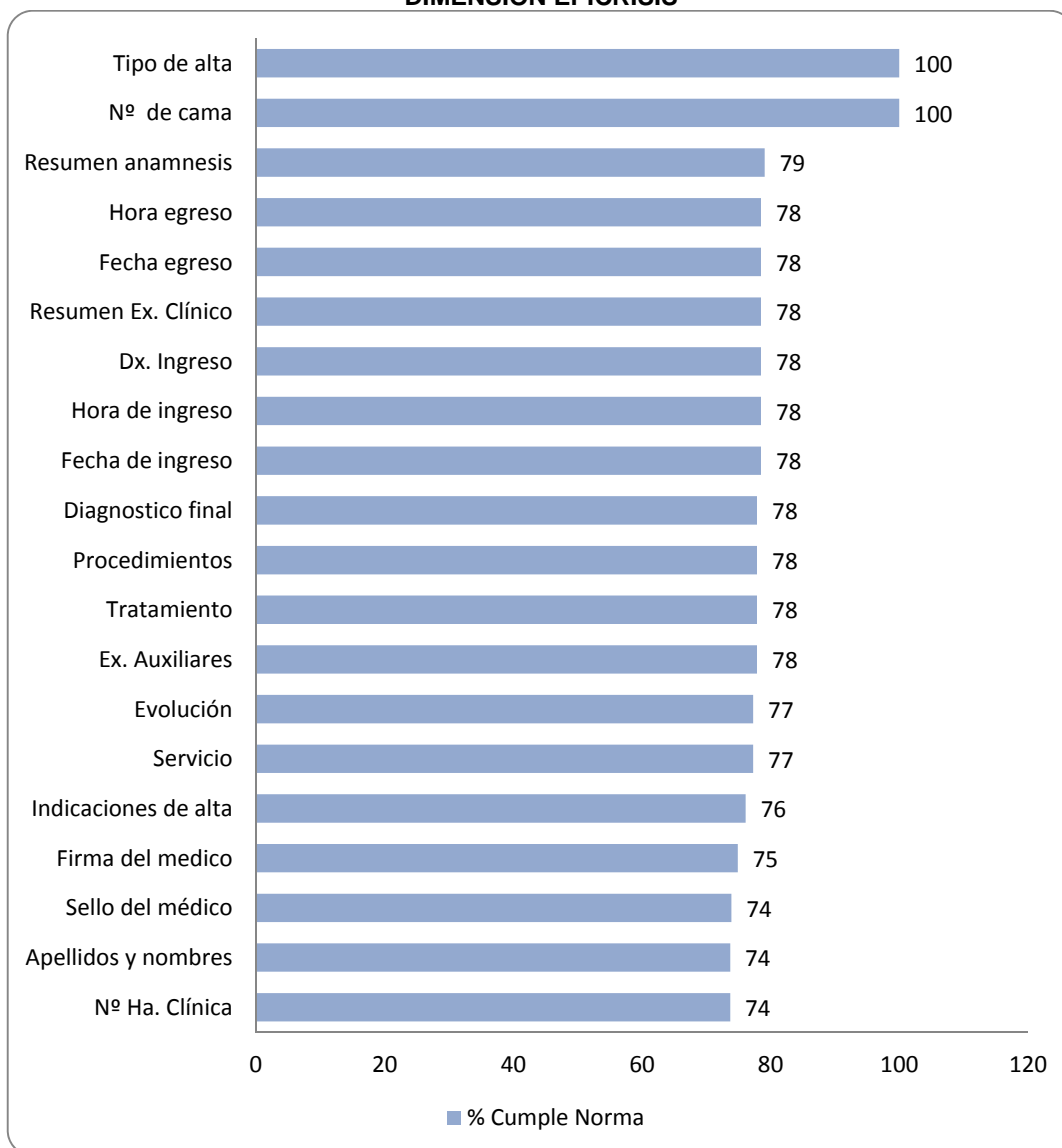
Dimensión a evaluar	% Cumple Norma	Criterio de Calidad de acuerdo al cumplimiento de la Norma
Nº Ha Clínica	74	Bueno
Apellidos y nombres	74	Bueno
Sello del médico	74	Bueno
Firma del medico	75	Bueno
Indicaciones de alta	76	Bueno
Servicio	77	Bueno
Evolución	77	Bueno
Ex Auxiliares	78	Bueno
Tratamiento	78	Bueno
Procedimientos	78	Bueno
Diagnostico final	78	Bueno
Fecha de ingreso	78	Bueno
Hora de ingreso	78	Bueno
Dx. Ingreso	78	Bueno
Resumen Ex Clínico	78	Bueno
Fecha egreso	78	Bueno
Hora egreso	78	Bueno
Resumen anamnesis	79	Bueno
Nº de cama	100	excelente
Tipo de alta	100	excelente
Promedio	79	Bueno

Fuente: Elaboración propia en base a los registros de Historias Clínicas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza I Trimestre 2011

La Epicrisis es el formato que resume tratamientos evolución del paciente los diagnósticos de ingreso y los de egreso indicaciones y recomendaciones para el seguimiento del estado del paciente.

El criterio de calidad de acuerdo al cumplimiento de la norma de historias clínicas en la dimensión de Epicrisis es Bueno (79%). Los datos con menor cumplimiento corresponde al Número de Historia Clínica 74%, apellidos y nombres del paciente 74%, Sello y Firma del Médico (74% y 75% respectivamente).

GRÁFICA N° 03
DIMENSIÓN EPICRISIS



Fuente: Elaboración propia

TABLA Nº 04
DIMENSIÓN REPORTE OPERATORIO

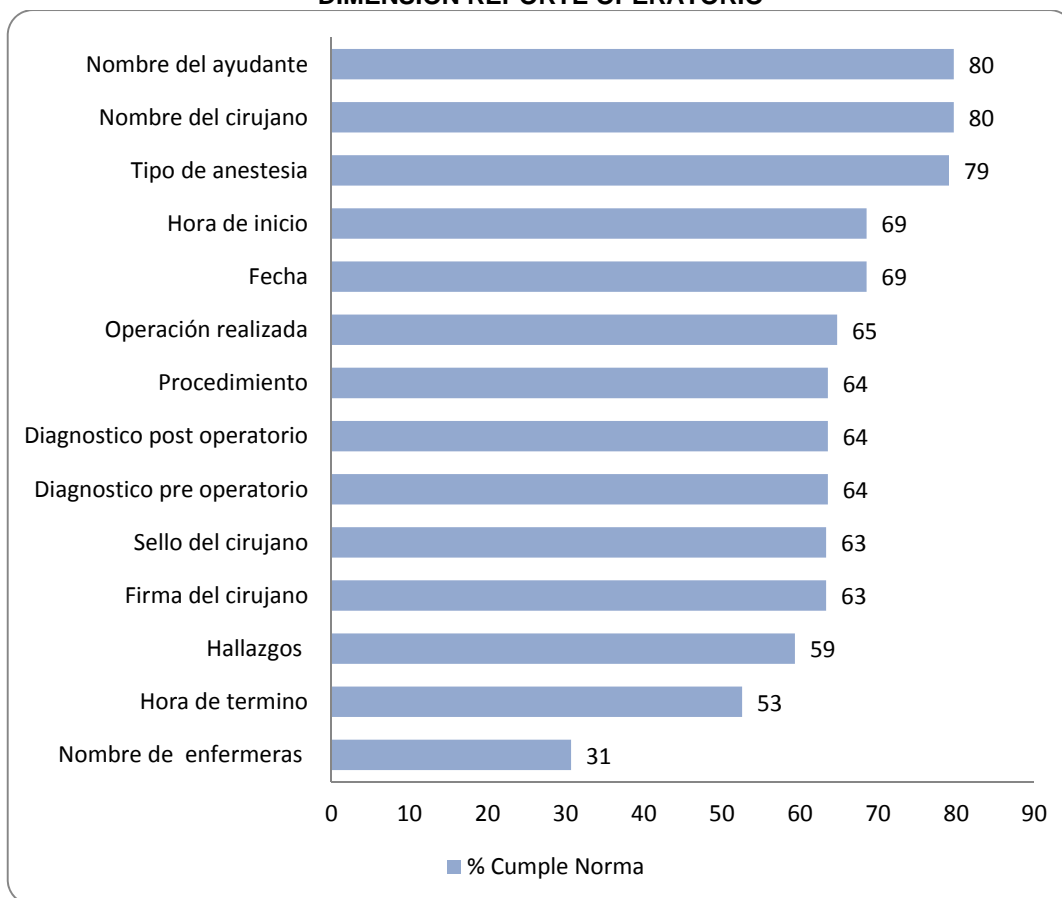
Dimensión a evaluar	% Cumple Norma	Criterio de Calidad de acuerdo al cumplimiento de la Norma
Nombre de enfermeras	31	Mal
Hora de termino	53	Regular
Hallazgos	59	Regular
Firma del cirujano	63	Bueno
Sello del cirujano	63	Bueno
Diagnostico pre operatorio	64	Bueno
Diagnostico post operatorio	64	Bueno
Procedimiento	64	Bueno
Operación realizada	65	Bueno
Fecha	69	Bueno
Hora de inicio	69	Bueno
Tipo de anestesia	79	Bueno
Nombre del cirujano	80	Bueno
Nombre del ayudante	80	Bueno
Promedio	64	Bueno

Fuente: Elaboración propia en base a los registros de Historias Clínicas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza I Trimestre 2011

Este documento es importante pues recoge la información de los procedimientos quirúrgicos que se realizan en el paciente durante su hospitalización.

El criterio de calidad de acuerdo al cumplimiento de la norma de historias clínicas en la dimensión de Reporte Operatorio es Bueno (64%). Los datos con menor cumplimiento corresponde al nombre de las enfermeras circulante/instrumentista 31%, la hora de término de la operación 53%, el registro de Hallazgo 59%, la firma, sello del cirujano, diagnostico pre y post operatorio, procedimiento y operación realizada se encuentran ausente en el 63% de las Historias Clínicas.

GRÁFICA Nº 04
DIMENSIÓN REPORTE OPERATORIO



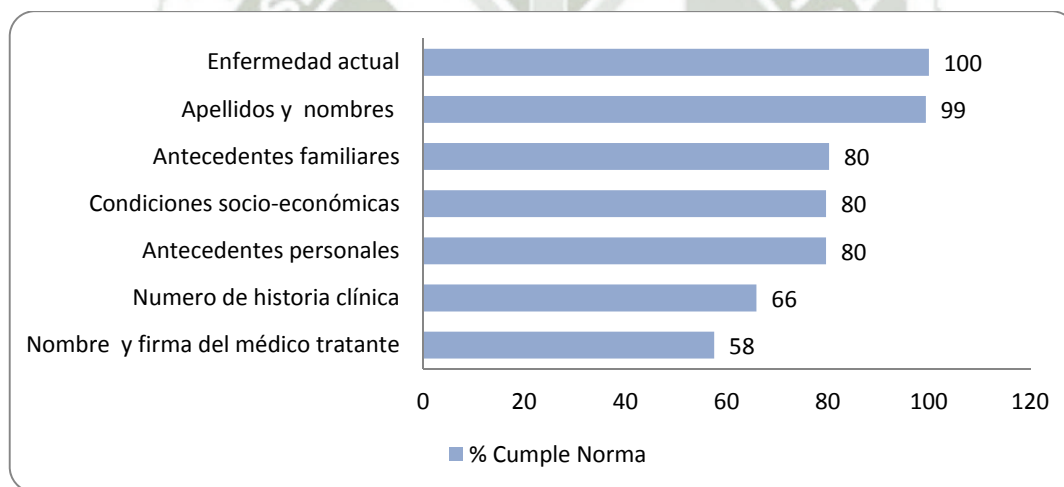
Fuente: Elaboración propia

TABLA Nº 05
DIMENSIÓN ANAMNESIS

Dimensión a evaluar	% Cumple Norma	Criterio de Calidad de acuerdo al cumplimiento de la Norma
Nombre y firma del médico tratante	58	Regular
Numero de historia clínica	66	Bueno
Antecedentes personales	80	Bueno
Condiciones socio-económicas	80	Bueno
Antecedentes familiares	80	Muy Bueno
Apellidos y nombres	99	Excelente
Enfermedad actual	100	Excelente
Promedio	80	Muy Bueno

Fuente: Elaboración propia en base a los registros de Historias Clínicas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza I Trimestre 2011

GRÁFICA Nº 05
DIMENSIÓN ANAMNESIS



Fuente: Elaboración propia

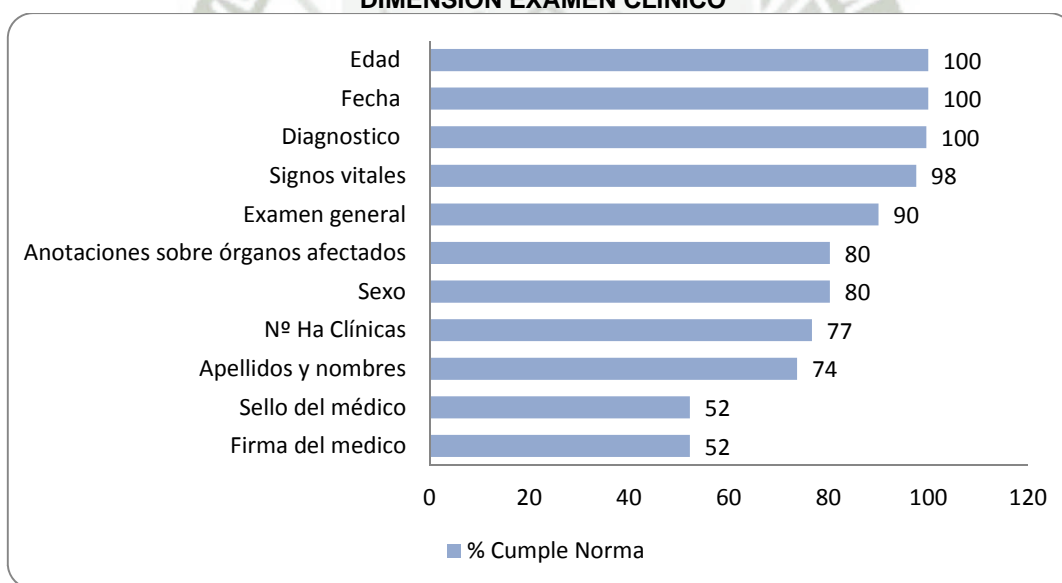
Teniendo en cuenta que los datos que registra la anamnesis son el residente o el interno, el médico tratante debe asegurarse de que los datos sean fidedignos y corroborarlo con su firma. El criterio de calidad de acuerdo al cumplimiento de la norma de historias clínicas en la dimensión de Anamnesis es Muy Bueno (80%). Los datos con menor cumplimiento corresponden al Nombre y firma del médico tratante 58%, número de historia clínica 66%, antecedentes personales y condiciones socioeconómica con 80%.

TABLA N° 06
DIMENSIÓN EXAMEN CLÍNICO

Dimensión a evaluar	% Cumple Norma	Criterio de Calidad de acuerdo al cumplimiento de la Norma
Firma del medico	52	Regular
Sello del médico	52	Regular
Apellidos y nombres	74	Bueno
Nº Ha Clínicas	77	Bueno
Sexo	80	Muy Bueno
Anotaciones sobre órganos afectados	80	Muy Bueno
Examen general	90	Muy Bueno
Signos vitales	98	Excelente
Diagnostico	100	Excelente
Fecha	100	Excelente
Edad	100	Excelente
Promedio	82	Muy Bueno

Fuente: Elaboración propia en base a los registros de Historias Clínicas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza I Trimestre 2011

GRÁFICA N° 06
DIMENSIÓN EXÁMEN CLÍNICO



Fuente: Elaboración propia

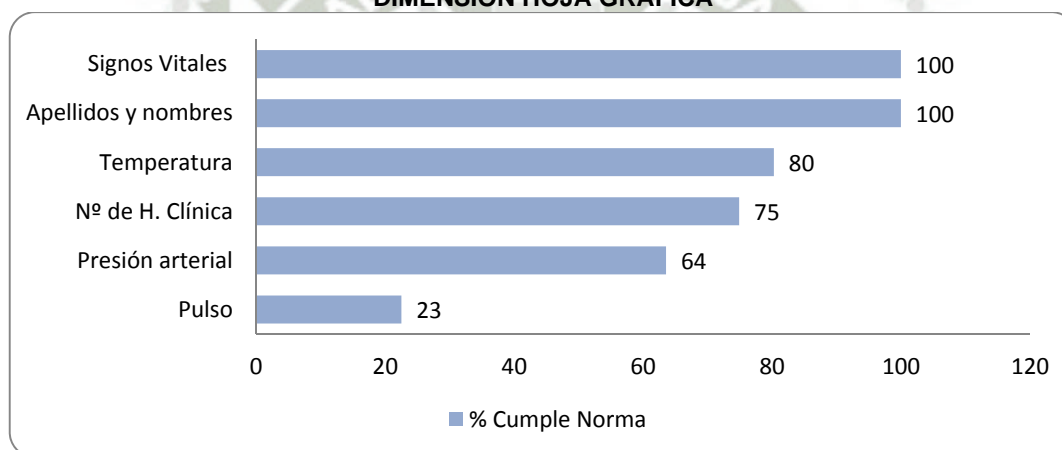
El criterio de calidad de acuerdo al cumplimiento de la norma de historias clínicas en la dimensión de Examen Clínico es Muy Bueno (82%). Los datos con menor cumplimiento corresponde la firma y sello del medico 52%, apellidos y nombres del paciente 74%, número de Historia Clínica 77%, sexo 20% y Anotaciones sobre órganos afectados con 80%.

TABLA Nº 07
DIMENSIÓN HOJA GRAFICA

Dimensión a evaluar	% Cumple Norma	Criterio de Calidad de acuerdo al cumplimiento de la Norma
Pulso	23	Mal
Presión arterial	64	Bueno
Nº de H. Clínica	75	Bueno
Temperatura	80	Muy Bueno
Apellidos y nombres	100	Excelente
Signos Vitales	100	Excelente
Promedio	74	Bueno

Fuente: Elaboración propia en base a los registros de Historias Clínicas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza I Trimestre 2011

GRÁFICA Nº 07
DIMENSIÓN HOJA GRÁFICA



Fuente: Elaboración propia

Este formato es importante porque, es aquí, donde se registran los datos de los signos vitales del paciente datos importantes en el momento de realizar la evolución del paciente.

El criterio de calidad de acuerdo al cumplimiento de la norma de historias clínicas en la dimensión de Hoja Gráfica es Bueno (82%).

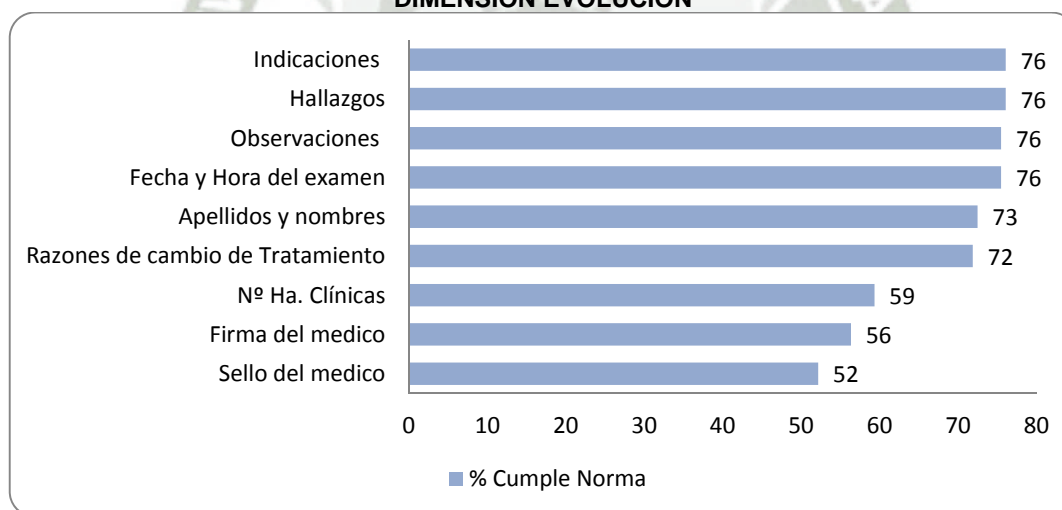
Los datos con menor cumplimiento corresponde al llenado de información del pulso 23%, presión arterial 64%; número de historia clínica 75% y la temperatura 80%.

TABLA Nº 08
DIMENSIÓN EVOLUCION

Dimensión a evaluar	% Cumple Norma	Criterio de Calidad de acuerdo al cumplimiento de la Norma
Sello del medico	52	Regular
Firma del medico	56	Regular
Nº Ha. Clínicas	59	Regular
Razones de cambio de Tratamiento	72	Bueno
Apellidos y nombres	73	Bueno
Fecha y Hora del examen	76	Bueno
Observaciones	76	Bueno
Hallazgos	76	Bueno
Indicaciones	76	Bueno
Promedio	68	Bueno

Fuente: Elaboración propia en base a los registros de Historias Clínicas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza I Trimestre 2011

GRÁFICA Nº 08
DIMENSIÓN EVOLUCIÓN



Fuente: Elaboración propia

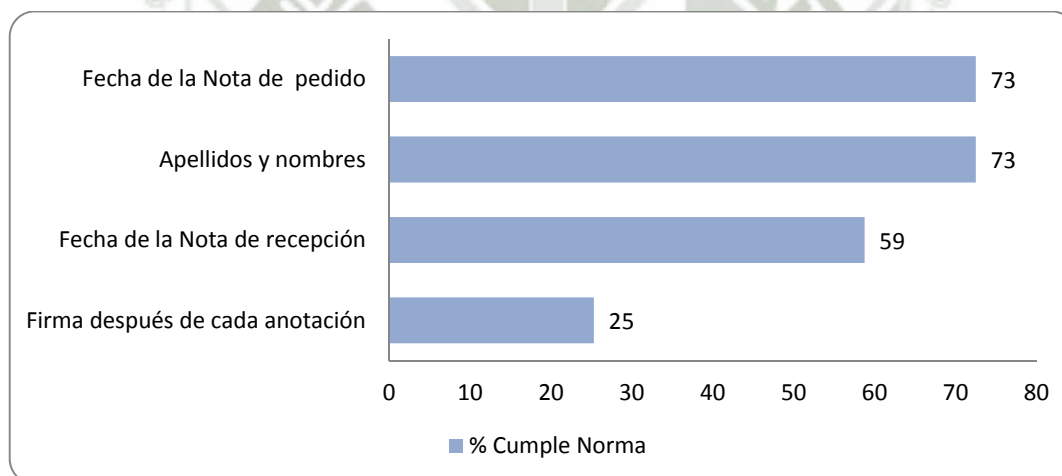
El criterio de calidad de acuerdo al cumplimiento de la norma de historias clínicas en la dimensión de Evolución es Bueno (68%). Los datos con menor cumplimiento corresponden al sello y firma del médico (52% y 56% respectivamente), número de historia clínica 59%.

TABLA N° 09
DIMENSIÓN ORDENES MÉDICAS

Dimensión a evaluar	% Cumple Norma	Criterio de Calidad de acuerdo al cumplimiento de la Norma
Firma después de cada anotación	25	Mal
Fecha de la Nota de recepción	59	Regular
Apellidos y nombres	73	Bueno
Fecha de la Nota de pedido	73	Bueno
Promedio	57	Regular

Fuente: Elaboración propia en base a los registros de Historias Clínicas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza I Trimestre 2011

GRÁFICA N° 09
DIMENSIÓN ORDENES MÉDICAS



Fuente: Elaboración propia

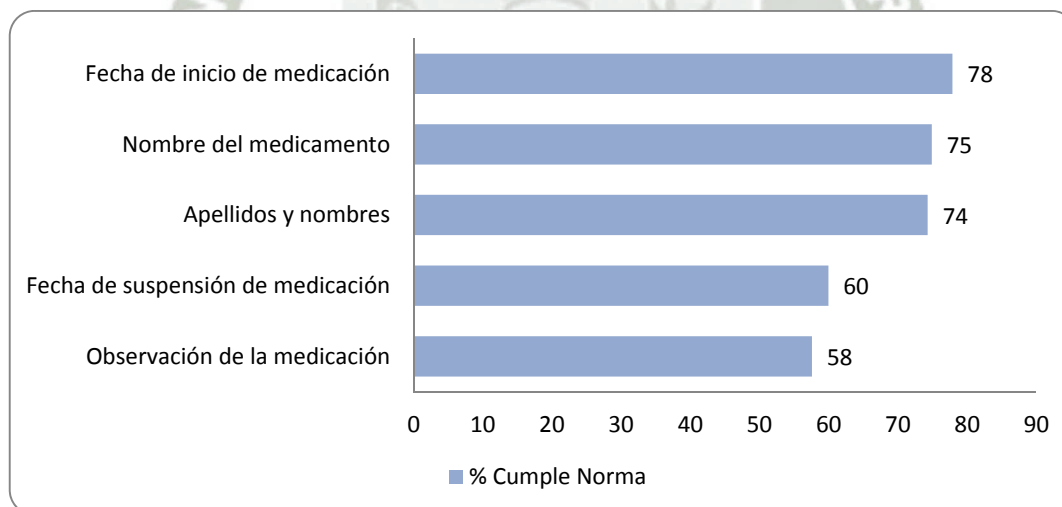
El criterio de calidad de acuerdo al cumplimiento de la norma de historias clínicas en la dimensión de Órdenes Médicas es Regular (57%). Los datos con menor cumplimiento corresponden a la firma del médico después de cada anotación 25%, fecha de nota de recepción 59%, fecha de nota de pedido y apellidos y nombres del paciente (73% en cada caso).

TABLA Nº 10
DIMENSIÓN PRESCRIPCIÓN MÉDICAS

Dimensión a evaluar	% Cumple Norma	Criterio de Calidad de acuerdo al cumplimiento de la Norma
Observación de la medicación	58	Regular
Fecha de suspensión de medicación	60	Regular
Apellidos y nombres	74	Bueno
Nombre del medicamento	75	Bueno
Fecha de inicio de medicación	78	Bueno
Promedio	69	Bueno

Fuente: Elaboración propia en base a los registros de Historias Clínicas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza I Trimestre 2011

GRÁFICA Nº 10
DIMENSIÓN PRESCRIPCIÓN MÉDICA



Fuente: Elaboración propia

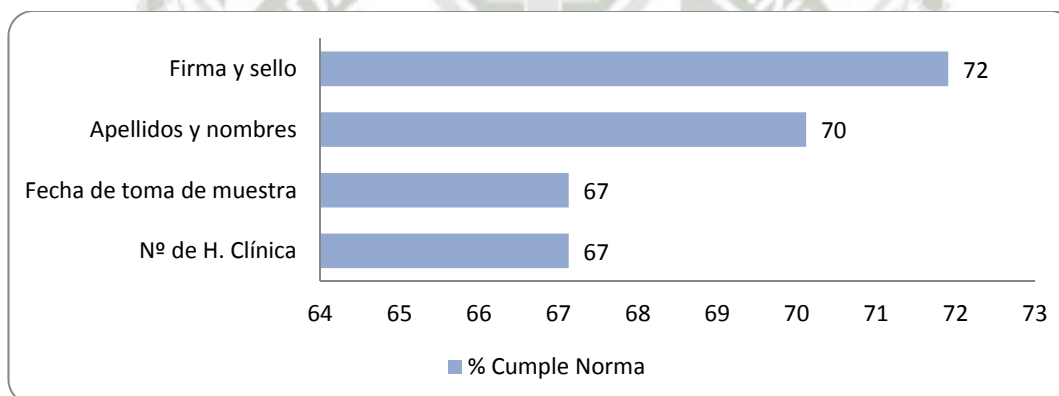
Es importante porque aquí es donde se coloca la forma de administración del medicamento. El criterio de calidad de acuerdo al cumplimiento de la norma de historias clínicas en la dimensión de Prescripción Médica es Bueno (69%). Los datos con menor cumplimiento corresponden observación en la medicación 58% y fecha de suspensión de la medicación 60%.

TABLA Nº 11
DIMENSIÓN RESUMEN DE EXAMENES DE LABORATORIO

Dimensión a evaluar	% Cumple Norma	Criterio de Calidad de acuerdo al cumplimiento de la Norma
Nº de H. Clínica	67	Bueno
Fecha de toma de muestra	67	Bueno
Apellidos y nombres	70	Bueno
Firma y sello	72	Bueno
Promedio	69	Bueno

Fuente: Elaboración propia en base a los registros de Historias Clínicas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza I Trimestre 2011

GRÁFICA Nº 11
DIMENSIÓN RESÚMEN DE EXÁMENES DE LABORATORIO



Fuente: Elaboración propia

En este formato se recopilan todos los resultados de los examen auxiliares de laboratorio que se necesitan para el tratamiento del paciente también está a cargo del interno de medicina, es útil este formato en caso que se extravíen los formatos de las ordenes de laboratorio.

El criterio de calidad de acuerdo al cumplimiento de la norma de historias clínicas en la dimensión de Exámenes de Laboratorio es Bueno (69%). Los datos con menor cumplimiento corresponden al número de historia clínica 67% de los casos así como la fecha de toma de la muestra 67%.

TABLA Nº 12
DIMENSIÓN INTERCONSULTAS

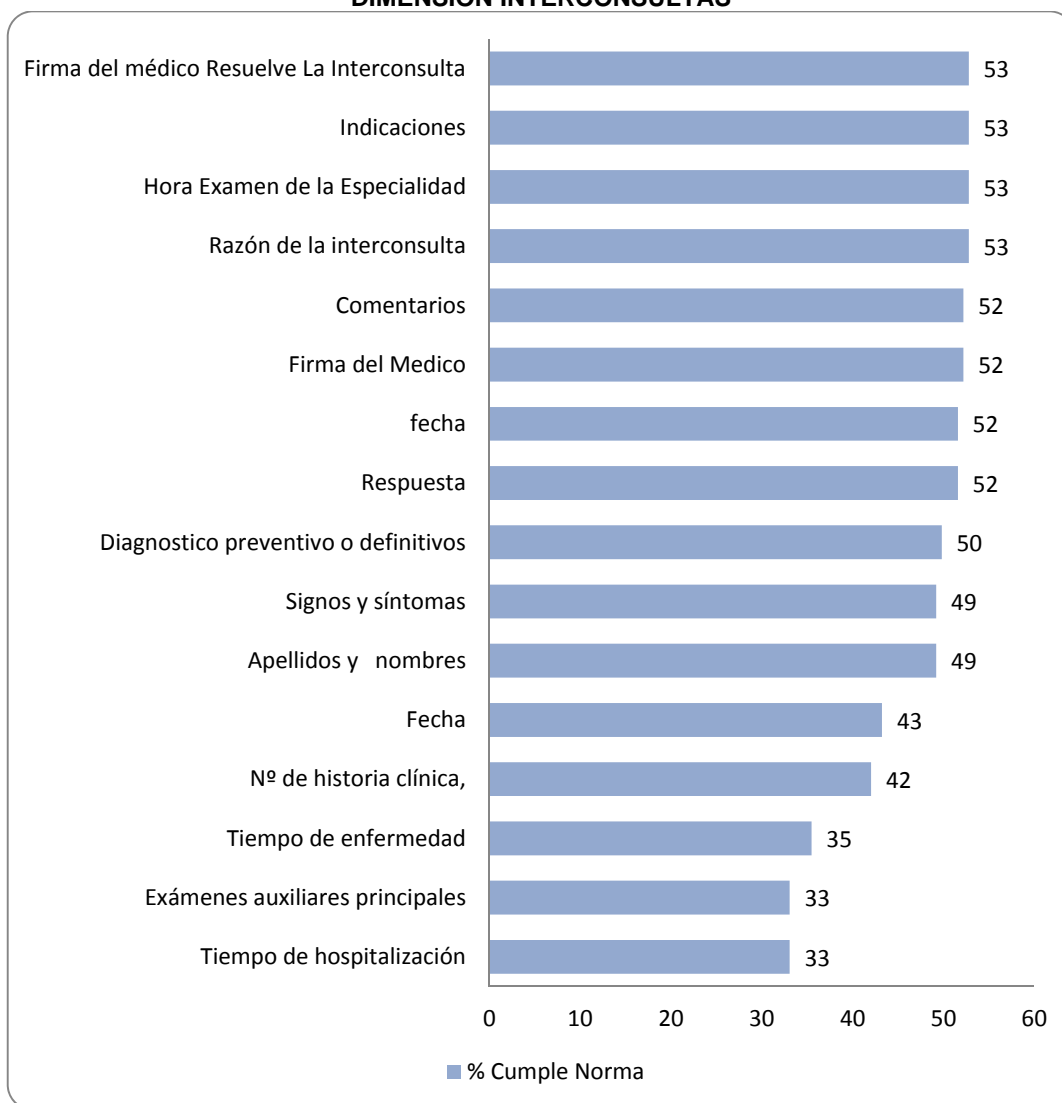
Dimensión a evaluar	% Cumple Norma	Criterio de Calidad de acuerdo al cumplimiento de la Norma
Tiempo de hospitalización	33	Mal
Exámenes auxiliares principales	33	Mal
Tiempo de enfermedad	35	Mal
Nº de historia clínica,	42	Regular
Fecha	43	Regular
Apellidos y nombres	49	Regular
Signos y síntomas	49	Regular
Diagnostico preventivo o definitivos	50	Regular
Respuesta	52	Regular
fecha	52	Regular
Firma del Medico	52	Regular
Comentarios	52	Regular
Razón de la interconsulta	53	Regular
Hora Examen de la Especialidad	53	Regular
Indicaciones	53	Regular
Firma del médico Resuelve La Interconsulta	53	Regular
Promedio	47	Regular

Fuente: Elaboración propia en base a los registros de Historias Clínicas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza I Trimestre 2011

El formato se podría considerarse un anexo a la historia clínica.

El criterio de calidad de acuerdo al cumplimiento de la norma de historias clínicas en la dimensión de Interconsultas es Regular (47%). Los datos con menor cumplimiento corresponden al tiempo de hospitalización 33%, exámenes auxiliares 33% y tiempo de enfermedad 35%.

GRÁFICA Nº 12
DIMENSIÓN INTERCONSULTAS



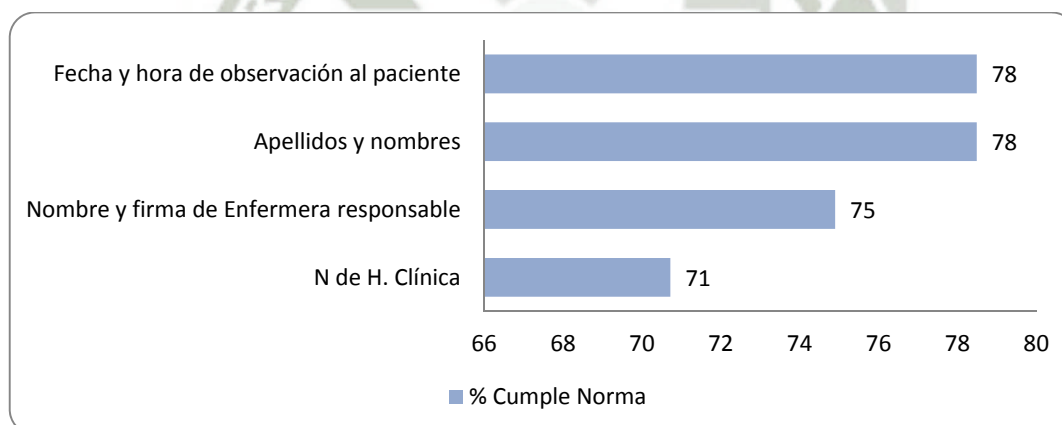
Fuente: Elaboración propia

TABLA Nº 13
DIMENSIÓN NOTAS DE ENFERMERIA

Dimensión a evaluar	% Cumple Norma	Criterio de Calidad de acuerdo al cumplimiento de la Norma
N de H. Clínica	71	Bueno
Nombre y firma de Enfermera responsable	75	Bueno
Apellidos y nombres	78	Bueno
Fecha y hora de observación al paciente	78	Bueno
Promedio	76	Bueno

Fuente: Elaboración propia en base a los registros de Historias Clínicas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza I Trimestre 2011

GRÁFICA Nº 13
DIMENSIÓN NOTAS DE ENFERMERIA



Fuente: Elaboración propia

Este formato sirve para saber cómo es el comportamiento del paciente mientras está hospitalizado, es como un cuaderno de ocurrencias.

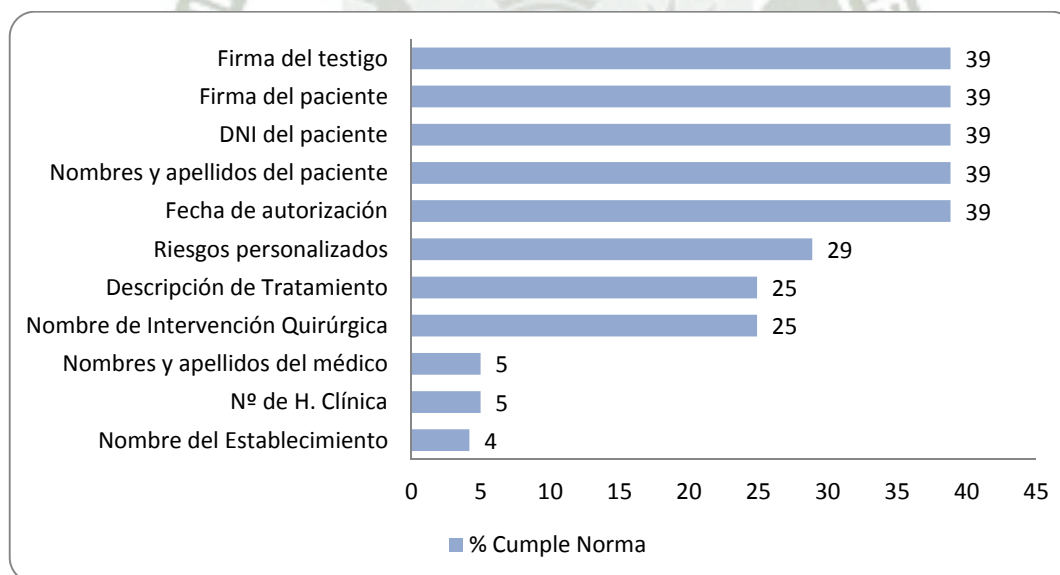
El criterio de calidad de acuerdo al cumplimiento de la norma de historias clínicas en la dimensión de Notas de Enfermería es Bueno (76%). Los datos con menor cumplimiento corresponden al número de historia clínica (71%), nombre y firmas de la enfermera responsable 75%.

TABLA N° 14
DIMENSIÓN CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dimensión a evaluar	% Cumple Norma	Criterio de Calidad de acuerdo al cumplimiento de la Norma
Nombre del Establecimiento	4	Mala
N° de H. Clínica	5	Mala
Nombres y apellidos del médico	5	Mala
Nombre de Intervención Quirúrgica	25	Mala
Descripción de Tratamiento	25	Mala
Riesgos personalizados	29	Mala
Fecha de autorización	39	Mala
Nombres y apellidos del paciente	39	Mala
DNI del paciente	39	Mala
Firma del paciente	39	Mala
Firma del testigo	39	Mala
Promedio	26	Mala

Fuente: Elaboración propia en base a los registros de Historias Clínicas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza I Trimestre 2011

GRÁFICA N° 14
DIMENSIÓN CONSENTIMIENTO INFORMADO



Fuente: Elaboración propia

El criterio de calidad de acuerdo al cumplimiento de la norma de historias clínicas en la dimensión de Consentimiento Informado es Mala (26%). En todos los parámetros se observa un alto porcentaje de omisión de información más aún por la connotación legal que posee el documento.

TABLA Nº 15
AGRUPACIÓN DE LAS DIMENSIONES CUANTITATIVAS SEGÚN SU CALIFICACIÓN
PROMEDIO

Dimensiones	% Cumple Norma	Total %	Criterio de Calidad de acuerdo al cumplimiento de la Norma
Identificación	75	100.00	Bueno
Epicrisis	79	100.00	Bueno
Reporte Operatorio	64	100.00	Bueno
Anamnesis	80	100.00	Muy Bueno
Examen Clínico	82	100.00	Muy Bueno
Hoja Gráfica	74	100.00	Bueno
Evolución	68	100.00	Bueno
Ordenes Médicas	57	100.00	Regular
Prescripción Médica	69	100.00	Bueno
Resumen de Exámenes de Laboratorio	69	100.00	Bueno
Interconsultas	47	100.00	Regular
Notas de Enfermería	76	100.00	Bueno
Consentimiento Informado	26	100.00	Mala
Promedio	67	100.00	Bueno

Fuente: Elaboración propia en base a los registros de Historias Clínicas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza I Trimestre 2011.

Criterio de Calidad de acuerdo al cumplimiento de la Norma	Puntaje
Excelente	96 a 100% de datos completos
Muy Bueno	80 a 95% de datos completos
Bueno	60 a 79% de datos completos
Regular	40 a 59% de datos completos
Mala	0 a 39% de datos completos

Fuente: Análisis Cuantitativo de la Historia Clínica Ing. Evelyn Chávez Acosta

Nueve de cada diez Historias Clínicas tienen un criterio de calidad Bueno debido a que cumplen con los aspectos cuantitativos en su llenado de información.

Las dimensiones donde se observa menor cumplimiento corresponde a Consentimiento Informado 26%, Interconsultas 47% y Órdenes Médicas 57%, Reporte Operatorio 64%, Evolución 68%, Prescripción Médica 69%, Resumen de Exámenes de Laboratorio 69%, Identificación 75%, Notas de Enfermería 75%, Hoja Gráfica 74%, Epicrisis 79%.

GRÁFICA Nº 15
AGRUPACIÓN DE LAS DIMENSIONES CUANTITATIVAS SEGÚN SU CALIFICACIÓN

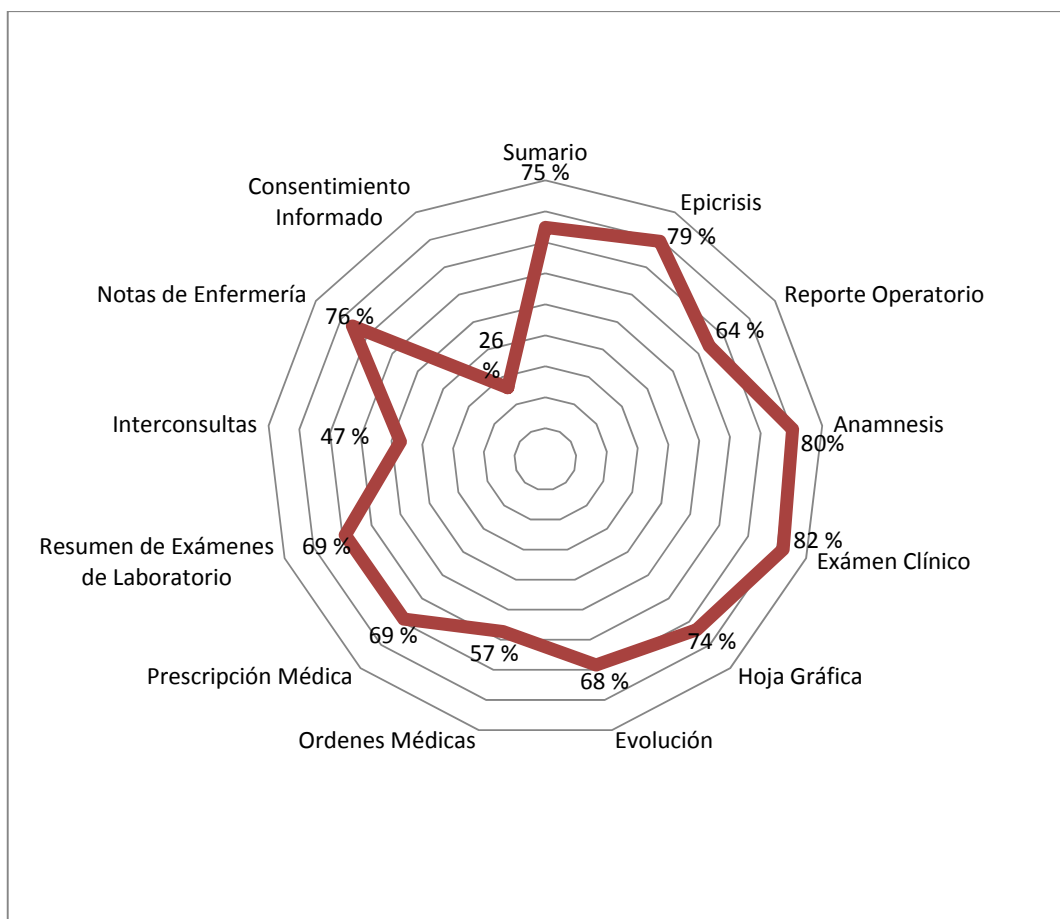
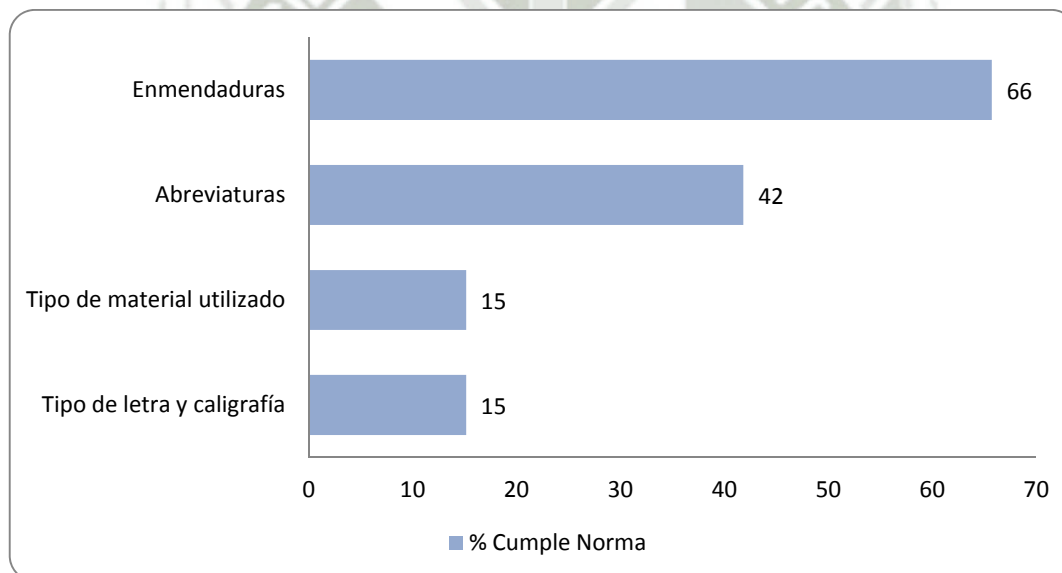


TABLA Nº 16
ASPECTOS COMPLEMENTARIOS EN EL LLENADO DE LA HCL

Dimensión a evaluar	% Cumple Norma	Criterio de Calidad de acuerdo al cumplimiento de la Norma
Tipo de letra y caligrafía	15	Mala
Tipo de material utilizado	15	Mala
Abreviaturas	42	Regular
Enmendaduras	66	Bueno
Promedio	34	Mala

Fuente: Elaboración propia en base a los registros de Historias Clínicas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza I Trimestre 2011

GRÁFICA Nº 16
ASPECTOS COMPLEMENTARIOS EN EL LLENADO DE LA HCL



Siete de cada diez Historias Clínicas incumplen con la norma, tienen un criterio de calidad Mal referente a los aspectos complementarios en su llenado de información (tipo de material, letra y caligrafía, abreviaturas y enmendaduras).

Se observan los menores cumplimientos en tipo de letra, caligrafía y tipo de material utilizado 15%.

III .-DISCUSIONES y COMENTARIOS

La historia clínica es un documento médico legal único individualizado que debe registrar los datos relativos a la identificación del usuario a la salud a la enfermedad a las aproximaciones diagnósticas a la evolución y a la conducta terapéutica desarrollada de manera ordenada, pues constituye el registro primario de cada atención en los establecimientos de salud

Además la Ley de Salud menciona que los médicos deben confeccionar y actualizar una historia clínica detallada de cada paciente en base a un formato universal actualizado cuya aplicación es determinada por la institución o autoridad de modo que permita el seguimiento de patologías por cualquier otro profesional.

En la presente investigación se tomo normas de la atención en hospitalización dadas por el Ministerio de Salud, que considera que cada atención de hospitalización debe registrar de manera legible como mínimo números de historia clínica suficiente información para identificar al paciente identificación precisa de la persona que brindo la atención.

Se observan ocho de cada diez historias clínicas (HCL) cumplen con la norma en su diseño encontrándose en un criterio de Bueno. Los parámetros específicos donde se observa la mayor frecuencia de incumplimientos están representados por tamaño de letra y tipo de papel (44% y 40% respectivamente), seguido por el espacio para registro de nombres (13%) (Tabla N° 01). Según la norma técnica de la Historia Clínica de los establecimientos de salud publicada por el MINSA en las Directivas 001-2002 – OEI y Resolución Ministerial 608-2002-SA/DM del 27 de diciembre del 2002, el formato es estándar, y debería tener un criterio de muy bueno, es probable que el registro de la Historia Clínica en el HRHDE continúe usando formatos que se implementaron en años anteriores y que no han sido modificados. Según Bocanegra en la investigación “Nivel de calidad del registro de las historias clínicas Hospital de Belén de Trujillo enero a junio 2007” encontró que el nivel de calidad en cuanto al diseño de la HCL es malo, lo cual difiere con nuestros resultados.

Es necesario administrar correctamente los procedimientos que siguen las historias clínicas desde su apertura en criterios de calidad oportunidad e integridad a las demandas de usuarios y prestadores

El 67% Historias Clínicas tienen un criterio de calidad Bueno debido a que cumplen con los aspectos cuantitativos en su llenado de información, estos resultados son mayores a los encontrados por Pavón en la “Evaluación del expediente clínico en la atención Obstétrica” donde halló un 15% de datos completos en las historias clínicas (Tabla N° 15: consolidación).

Jorge Gonzales y Colaboradores en la investigación sobre la “Calidad de las Historias Clínicas: Un camino a la mejora de la Comunicación Institucional”, halló porcentajes similares a los encontrados, donde indica que el 68% de la HCL es Bueno.

En la ciudad de Madrid, se realizó la investigación sobre la Historia Clínica de Urgencias en el servicio de medicina preventiva Hospital Nuestra Señora de Sonsoles por parte de un equipo

de médicos que concluyeron que el 72% de las HCL poseen nivel de Bueno, están correctamente cumplimentados, corroborando los resultados obtenidos en nuestra investigación.

Las dimensiones donde se observa la mayor cantidad de datos incompletos corresponde a Consentimiento Informado 74%, Interconsultas 53% y Órdenes Médicas 43%, Reporte Operatorio 36%, Evolución 32%, Prescripción Médica 31%, Resumen de Exámenes de Laboratorio 31%, Identificación 25%, Notas de Enfermería 25%, Hoja Gráfica 26%, Epicrisis 21%. (Tablas N° 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14)

Al analizar los resultados obtenidos por Jorge Gonzales y Colaboradores, los principales datos incompletos y en muy bajo porcentaje a lo obtenido en nuestra investigación corresponde a las dimensiones de Consentimiento Informado 46%; Órdenes Médicas 23%, Evolución 07%; Prescripción Médica 21%, Resumen de Exámenes de Laboratorio 30%, Notas de Enfermería 43%, Hoja Gráfica 11%;, Epicrisis 22%. Lo cual corrobora la rigurosidad en el manejo de las historias clínicas de acuerdo a la política institucional implementada y por las sanciones legales que pudiera ocasionar la ausencia de datos en la atención al paciente, observando una predominancia en el llenado de la dimensión de consentimiento informado que al parecer en nuestro medio no posee mucha importancia.



CONCLUSIONES

PRIMERA.- Las Historias Clínicas respecto al diseño de los formatos tiene un criterio de calidad Bueno en el cumplimiento de las normas establecidas.

SEGUNDA.- Las Historias Clínicas tienen un criterio de calidad Bueno en el cumplimiento de los aspectos cuantitativos; el menor cumplimiento de la norma corresponde a las dimensiones Consentimiento Informado, Interconsultas y Órdenes Médicas en las cuales se repite reiteradas veces la ausencia del nombre, firma y sello del médico a cargo de la intervención, teniendo estas mismas ausencias en las dimensiones de Epicrisis, Reporte Operatorio, Anamnesis, Examen Clínico y Evolución.



RECOMENDACIONES

- 1.-Es necesario interiorizar el valor intrínseco de la Historia Clínica de tal manera que los médicos la perciban como su aliada, como su defensa probatoria mas solida, como su deber profesional con mayores beneficios En fin que asuman su elaboración y manejo con el mismo gusto y responsabilidad con que asumen otras obligaciones relacionadas con la atención del paciente.
- 2.- El Hospital Regional Honorio Delgado debe realizar la retroalimentación al personal médico del servicio de hospitalización de Cirugía Varones sobre los resultados de la evaluación de la calidad de las historias clínicas con la finalidad de establecer un plan de mejoramiento al interior de la institución para mejorar las deficiencias encontradas.
- 3.-Socializar el documento al comité de Historias clínicas de tal manera que se participe en el proceso de mejoramiento continuo, que se persigue con este tipo de evaluación .Recordando al profesional que el no correcto diligenciamiento de la historia clínica tiene repercusiones que pueden aumentar el riesgo al paciente y además le resta posibilidad en el derecho a la defensa del profesional.
- 4.- El Hospital Regional Honorio Delgado a través del comité de historias clínicas y la oficina de auditoría deben realizar seguimiento trimestral a la calidad de las historias clínicas como mecanismo de seguimiento para el cumplimiento de los atributos que conforman una historia clínica optima.
- 5.-Las directivas de la Clínica y los comités encargados de velar por la calidad y socializar las resoluciones de 1995 1999 por las que se establecen normas para el manejo de las historias clínicas y demás documentos y normas que reglamentan la calidad de la historia clínica y asegurar así la mejora de los procesos y productos con la finalidad primordial que es la satisfacción del usuario.

PROPUESTA

PROPUESTA DE PROYECTO

PLAN DE MEJORA INTEGRAL DEL SISTEMA DE REGISTROS DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA 2013

1.- INTRODUCCIÓN

Los reportes de investigación refieren que siete de cada diez Historias Clínicas tienen un criterio de calidad Bueno debido a que cumplen con los aspectos cuantitativos en su llenado de información; la mayor cantidad de datos incompletos se encontraron en las dimensiones de Consentimiento Informado, Interconsultas y Órdenes Médicas en las cuales se repite reiteradas veces la ausencia del nombre, firma y sello del médico a cargo de la intervención, teniendo estas mismas ausencias en las dimensiones de Epicrisis, Reporte Operatorio, Anamnesis, Examen Clínico y Evolución.

De acuerdo con el análisis de esta información se espera mejorar la calidad en el registro y atención al paciente. Se sabe que intervenciones en las gestiones institucionales bien diseñadas, sistemáticas y coordinadas pueden reducir la carga de los problemas legales y médicos.

La ejecución estará a cargo del comité de historias clínicas y la oficina de auditoría, la cual deben realizar seguimiento trimestral a la calidad de las historias clínicas como mecanismo de seguimiento para el cumplimiento de los atributos que conforman un buen registro.

2.- OBJETIVO

Objetivo General:

Garantizar la calidad y oportunidad en la recolección, organización, manejo y utilización de los registros de atención médica.

Objetivos específicos:

Capacitar al personal de salud sobre el uso correcto y llenado de la Historia Clínica.

Evaluar la calidad de la historia clínica.

3.- DE LA IMPLEMENTACION

3.1. INTERINSTITUCIONALIDAD: La ejecución estará a cargo del comité de Historias Clínicas y la Oficina de Auditoría Interna.

3.2. LUGAR: Hospital regional Honorio Delgado.

3.3. SOSTENIBILIDAD: Estará dada por la Dirección del Hospital Honorio Delgado Espinoza

3.4 ORGANIZACIÓN: se formarán 02 comisiones:

- a) Comisión de Capacitación: conformado por Jefes de Departamento.
- b) Comisión de Evaluación: conformado por encargado del comité de Historias clínicas y Oficina de Auditoría.

Este grupo estará encargado de analizar, evaluar y proponer mejoras al sistema.

3.5.- EVALUACION: serán trimestrales, por muestreo simple estratificado y tendrán la finalidad de:

- Verificar el llenado correcto de la información en las diferentes dimensiones en las cuales se utiliza la historia clínica.
- Elabora cuadros comparativos e histogramas para corroborar el avance en la calidad del registro de información.

4.- USO DE LA INFORMACION

El coordinador de la comisión de evaluación remitirá informes a la Dirección del Hospital sobre los hallazgos y análisis de la información; y propondrá la subsanación de la carencia de información en las historias clínicas al médi responsable; además propondrá correctivos necesarios.

5. - DIFUSION:

Se solicitará a la Dirección General de Epidemiología se incluya en las publicaciones la evaluación trimestral sobre el análisis de los datos, el cual tendrá como coautores a la comisión y jefaturas encargadas.

PLAN DE MEJORA INTEGRAL DEL SISTEMA DE REGISTROS DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA 2013															
OBJETIVO GENERAL: Garantizar la calidad y oportunidad en la recolección, organización, manejo y utilización de los registros de atención médica															
OBJETIVOS ESPECIFICOS	ESTRATEGIAS	TACTICAS	PRESUPUESTO	CRONOGRAMA											
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Capacitar al personal de salud sobre el uso correcto y llenado de la Historia Clínica.	<ul style="list-style-type: none"> Coordinación con la Dirección General 	<ul style="list-style-type: none"> Reuniones para tomar acuerdos. 		x											
Evaluar la calidad de la historia clínica.	<ul style="list-style-type: none"> Conformación de la comisión de Evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> Reuniones para tomar acuerdos. Elaboración de Matrices de evaluación 		x											
Actividades: 01.- Informar de los resultados obtenidos en esta investigación al comité de Historias clínicas y a las autoridades de la institución.	<ul style="list-style-type: none"> Taller con equipos de salud y coordinación con la Dirección de Epidemiología 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación de la información de Tesis 	S/. 100.00	x											
02.- Realizar talleres de		<ul style="list-style-type: none"> Capacitación 	S/. 3,000.00		x	x	x	x	x						

trabajo con el personal involucradas en el manejo de la historia clínica.	<ul style="list-style-type: none">Taller con equipos de salud y coordinación con la Dirección de Epidemiología	mensual																Clínicas
03.- Evaluación de la calidad de la Historia Clínica	<ul style="list-style-type: none">Evaluar la calidadDifundir la Evaluación periódica por medio de Boletines	<ul style="list-style-type: none">Aplicación de matrices de evaluación por muestreo	S/. 5,500.00			X			X				X				X	-Comité Historias Clínicas
TOTAL			S/. 8,600.00															

BIBLIOGRAFIA

1. Administración de Historias Clínicas. Primer curso de Capacitación a distancia en Calidad de la Gestión Documental en Salud Policial. Lima. 2000.
2. Borrel, Esteban. Análisis de la Calidad de la Historia Clínica. Colombia. 2000.
3. Casals 1 Salvador: Auditoria de historias clínicas. Miembro de la Asociación Catalana de Centros Médicos ACCM. Web Médica Acreditada por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Editorial médica Tarragona. Tarragona. Barcelona. España. 2003.
4. Chávez Acosta. Evelin: Análisis Cuantitativo de la Historia Clínica. Lima. Perú. 2000.
5. Chávez, J. Aulló y otros: La Historia Clínica Plan de Formación en Responsabilidad Legal Profesional. Asociación Española de Derecho Sanitario. España. 1998.
6. Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. México. La Prensa Médica Mexicana. 2000.
7. García, Culebras, Gonzáles Sánchez, Montero Muñoz, Olivares Escribano. Evaluación del grado de cumplimentación y accesibilidad de los datos en la Historia Clínica. Colombia. 2000.
8. ISGC/MPAA/Perú Herramientas de Calidad. 1999.
9. Marco Conceptual de la calidad. Texto autoinformativo. Universidad Mayor de San Marcos. Perú 1999.
10. Mercedes Tegero Alvarez. Documento Clínica y Archivo. 2006
11. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Oficina de Estadística e Informática. Normas Técnicas para la Administración de las Historias Clínicas. Lima. 1999.
12. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Gestión de la Calidad. Perú. 2002.
13. Otero, Saturno. Evaluación y control de la Calidad. Barcelona 1999.
14. Piscoya Arbañil. José. Diplomado de Auditoria Médica. Facultad de medicina. Universidad Mayor de San Marcos. Perú 1999.
15. Piscoya Arbañil. Leonardo: Valoración de las Historias Clínicas. Lima. 2000.
16. Sistema Nacional de Archivos: Normas Generales del Sistema Nacional de Archivos. Dirección Nacional de Desarrollo Archivístico y Archivo Intermedio. Lima. 2001.
17. Uvori, H. Introducir el control de Calidad, un ejercicio de audacia. Control de Calidad Asistencial. México 1999.

HEMEROGRAFIA

18. Brook C. Motivation for improvement in quality personal and international perspectives. Intern J for Quality in Health Care 1999; 11(5): 1-3.
19. Llanos Zavalaga. Auditoria Médica en el primer nivel de Atención. Revista Médica Herediana. Perú. 2000.
20. Ortega Benito J.M. La Auditoria Médica. Revista de Medicina Clínica. Perú 1994.
21. Ruiz M. Tipología documental en las Historias Clínicas. Revista de estudios Extremos. España 2001.
22. Piscoya J. Cómo hacer una Auditoria Médica. Boletín Informativo del Colegio Médico del Perú. 1992; Año XXII N° 1.
23. Piscoya J, Bazán A. Auditoria Médica: Balance y Perspectivas - Separata del Hospital Almenara del IPSS Diciembre 1993.
24. Paredes Núñez. Julio Ernesto: Manual para la Investigación Científica. Arequipa. 2004.

REFERENCIAS DE INTERNET

25. Auditoria Medica en los Hospitales de Regular y Alta Complejidad e Institutos Especializados del MINSA. Directiva Documento de Trabajo. <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/01-%20Directiva%20de%20Auditoria%20M%C3%A9dica.pdf> 20
26. Harrison: Principles of Internal Medicine Mc Graw Hill 1999. <http://www.medicadetarrawna.esiaulá/auditoria.htm>.
27. MINSA. Norma Técnica de Auditoria en Salud Para el Mejoramiento de la Calidad en los Servicios. <http://www.minsa.gob.pe/portalldestacados/archivos/56/NTAS-VALIDACION-4.pdf>.
28. Mira 2, J.J., Gómez J. Aranaz J., Pérez E.: Auditoria de Historias Clínicas: Evaluación de la Calidad de la Información, Documentos y Sistemas de Información Clínica Hospitalaria Todo Hospital. 1997(140):58-64, artículo original. Universidad de Alicante; Alicante. Valencia. España.1997 <http://www.uv.es/~docmed/documed/documed/1524.html>.
29. Piscoya Arbañil José L.: Calidad de la Atención en Salud a través de la Auditoria Médica. Diplomatura de Auditoria Médica, Anales de la facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú. 2000. http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/anales/Vol61_N3/



ANEXO 1: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PREAMBULO

El Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, es un hospital del tercer nivel, tiene una ubicación estratégica en el centro de la ciudad y cuenta con todas las especialidades durante las 24 horas del día; es un centro de referencia importante para gran número de pacientes que sufren accidentes en general.

La historia clínica es una herramienta de gestión de la calidad del servicio y el enlace con la atención al usuario, sin dejar pasar por alto que la calidad de atención en salud debe involucrar a todos los actores del sistema desde el área administrativa y los profesionales de la salud, junto con los usuarios tratando de integrarse en escenarios de mejoramiento continuo.

En una primera observación preliminar se ha encontrado que existen registro de pacientes hospitalizados que no cuenta con datos reales por lo tanto no existe una banco de datos estadísticos confiable, también se observa que una de las razones es la deficiencia en el llenado de las historias clínicas estas generalmente son elaboradas por los internos o residentes según sea el caso.

Pocos servidores conocen que existe una Norma Técnicas de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Público y Privado que garantiza un apropiado registro de la atención de salud del paciente.

Considerando que la Historia Clínica constituye documentos de alto valor medico gerencial, legal y académico que contribuye de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes es necesario evaluar la calidad de historias clínicas de acuerdo a la normatividad del Ministerio de Salud.

Esta problemática requiere investigación como línea de base para mejorar el servicio de atención en salud desde el correcto uso y aplicación de las Historias Clínicas en Hospital Regional Honorio Delgado y proporcionar las bases para futuros estudios de en materia de salud donde se disponga de bases de datos confiables.

I. PLANTEAMIENTO TEORICO.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Enunciado del problema

Calidad de las Historias Clínicas del Servicio de Hospitalización de Cirugía varones en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa 2011”

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Área del conocimiento:

- a) Área General : Ciencias de la Salud
- b) Área Específica : Gerencia en Salud
- c) Especialidad : Gerencia de la Calidad

1.2.2.

VARIABLES	INDICADOR	SUB INDICADORES
Calidad de la Historia Clínica	Diseño de la historia clínica	Cumplimiento de las normas respecto al diseño de los formatos
	Aspecto cuantitativo de la HCI	Identificación Epicrisis Reporte operatorio Anamnesis Examen clínico Hoja grafica Evolución Ordenes médicas Prescripciones médicas Resumen de exámenes de laboratorio Interconsultas Notas de enfermería Consentimiento informado Aspectos complementarios

1.2.3. Interrogantes de investigación

- ¿Cuál es la calidad de la historia clínica, en relación con el diseño de la misma?
- ¿Cuál es la calidad de la historia clínica en relación a los aspectos cuantitativos?

1.2.4 Tipo de investigación:

Es un estudio Documental coyuntural.

1.2.5 Nivel de investigación:

Descriptivo

1.3. Justificación del Problema

1.3.1. Relevancia Contemporánea.

La salud, y la medicina se sirven de la estadística descriptiva para estructurar síndromes, completar la nosología, verificar el efecto de las drogas o elegir la mejor técnica quirúrgica mejorar la calidad de la atención en los servicios les de interés popular y preocupa más lo que acontece en los establecimientos de salud.

Para poder programar y evaluar acciones de salud y contar con una calidad adecuada es necesario registrar los datos correspondientes a cada individuo que se trata en un establecimiento de salud por lo que es necesario evaluar dicha información a través de los sistemas de información que en estos caso es la Historia clínica .

La hoja de admisión, el consentimiento informado la hoja de retiro voluntario es la conformidad expresa de los derechos que tiene el paciente a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento en forma libre, voluntaria y consiente hace la diferencia con otros establecimientos de salud y si ponemos atención en la elaboración de la historia clínica nos daremos cuenta del rol importante que juega esta.

1.3.2. Relevancia Humana

La Historia Clínica es un documento legal que registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente en forma ordenada integrada secuencial de la atención que el médico brinda al paciente permite evaluar la atención en termino de calidad y oportunidad.

El comité de historias clínicas son los encargados de velar por la calidad del registro adecuado de la Historia Clínica esta responsabilidad puede determinar la vida o muerte de un ser humano este comité no siempre está en funciones se requiere se operativice y se realicen evaluaciones periódicas.

1.3.3. Relevancia Institucional.

El rol de los hospitales de hoy en día en la administración de la salud cubre un alto rango de opciones desde el cuidado ambulatorio y hospitalario del paciente así mismo constituye un sistema para establecer estándares que proporcione una guía en el logro de los *objetivos*.

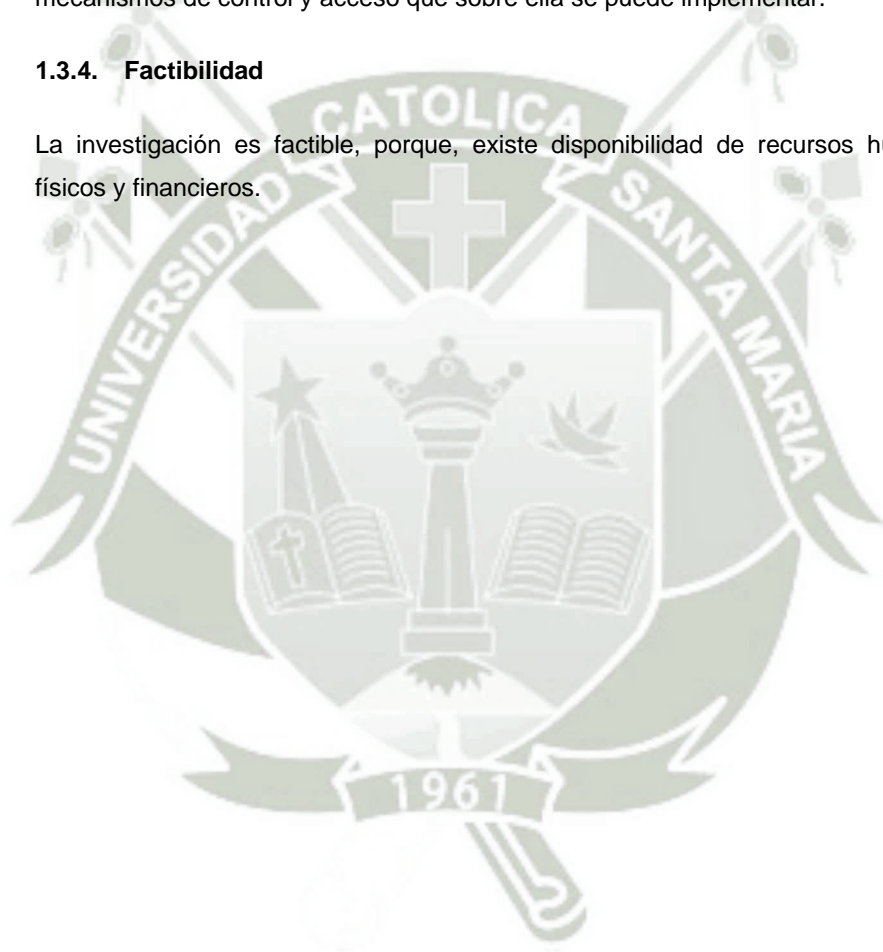
El proceso de la gerencia de la calidad es un enfoque corporativo total que se centra en lograr el cumplimiento de los *objetivos* y metas pero el desconocimiento permite ignorar las deficiencias en la calidad; debemos reconocerlas y reorientar todas las acciones capaces de mejorar la calidad en todos sus enfoques. En el hospital

Regional Honorio Delgado Espinosa estamos convencidos que debemos mejorar la calidad de atención y de la vida de todos los pacientes hospitalizados brindándoles una atención con calidad y calidez. El resultado de esta investigación redundara en la capacitación continua de la elaboración de la Historia Clínica que se utilizara como herramienta de la evaluación de la calidad en todos los aspectos

Debe ponerse especial atención a la fase de empalme entre la implementación de una Historia clínica electrónica y la historia normal puesto que es en esta fase en la presenten la mayoría de los problemas en las instituciones La historia clínica Electrónica es costosa en principio y por supuesto un tiempo de empalme entre los dos métodos Esta historia clínica puede ser más segura que la de papel por los mecanismos de control y acceso que sobre ella se puede implementar.

1.3.4. Factibilidad

La investigación es factible, porque, existe disponibilidad de recursos humanos, físicos y financieros.



2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 HISTORIA CLÍNICA

2.1.1 Definiciones:

- a) “La historia clínica es el documento médico legal que contiene todos los datos psicobio-patológicos de un paciente. Es importante reiterar el valor legal, es decir sujeta a los preceptos o mandatos de la Ley en cuanto a la veracidad de su contenido¹.
- b) La Historia Clínica es un documento privado obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y lo demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.”
Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente en los casos previstos por la ley².
- c) La Historia Clínica es el documento más importante y a veces el único que refleja y certifica, actuaciones exploraciones y decisiones en relación con el enfermo en urgencias .Es un documento personal médico legal. Es por ello indispensable que se realice en forma sistémica y lo más unificada posible Mucho son los modelos propuestos aunque todos ellos se asemejan bastante³.
- d) Dentro del contexto médico legal y deontológico del ejercicio de las profesiones sanitarias, las historia clínica adquiere su máxima dimensión en el mundo jurídico, porque es el documento donde se refleja no sólo la práctica médica o acto médico, sino también el cumplimiento de algunos de los principales deberes del personal sanitario respecto al paciente: deber de asistencia, deber de informar, etc., convirtiéndose en la prueba documental que evalúa el nivel de la calidad asistencial en circunstancias de reclamaciones de responsabilidad a los profesionales sanitarios y/o a las instituciones públicas⁴.
- e) La historia clínica como documento médico legal es donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, todos los actos y actividades médico-sanitarias realizados con él y todos los datos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia, desde su

¹ Administración de Historias Clínicas. Primer curso de Capacitación a distancia en Calidad de la Gestión Documental en Salud Policial. Lima. 2000.

² Chávez Acosta, Evelyn: Análisis Cuantitativo de la Historia Clínica. Lima. Perú. 2000.

³ Chávez, J. Aulló y otros: La Historia Clínica Plan de Formación en Responsabilidad Legal Profesional. Asociación Española de Derecho Sanitario. España. 1998

⁴ Gómez Dolores, especialista Medicina Legal y Forense. La historia Clínica y Aspectos Éticos y Legales

nacimiento hasta su muerte, y que puede ser utilizada por todos los centros sanitarios donde el paciente acuda⁵.

- f) La historia clínica es considerada por las normas deontológicas y por las normas legales como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad. Puesto que se trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente así como un registro de la actuación médico-sanitaria prestada al paciente, su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada. La historia clínica es elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias⁶.
- g) La historia clínica es el soporte documental biográfico de la asistencia sanitaria administrada a un paciente, por lo que es el documento más privado que existe una persona⁷.
- h) La naturaleza jurídica de la historia clínica ha sido una cuestión tremendamente debatida, pues de su determinación derivan su eficacia jurídica, el acceso a sus datos y el poder de disposición de éstos, las garantías de la intimidad y del secreto profesional y los límites que por razones de interés público pueden oponerse a su estricta observancia. En la historia clínica confluyen derechos e intereses jurídicamente protegidos, del médico, del paciente, de la institución sanitaria e incluso públicos⁸.
- i) La historia clínica es el elemento central de la creación de redes de informática o de telecomunicación médica por las grandes ventajas que proporciona la incorporación de los datos de las historias a los sistemas informáticos en todas las facetas de la medicina ya que facilita, la investigación, la docencia, la asistencia médica, la labor de enfermería, la gestión administrativa y económica⁹.

2.1.2 Estructura básica de la Historia Clínica

- a) **Identificación del paciente.-** Es la sección o parte de la Historia Clínica que contiene los datos de identificación del paciente, incluyendo el número de su Historia Clínica y datos sobre el Establecimiento de Salud¹⁰.
- b) **Registro de la atención de salud.-** En esta sección se encuentra el registro de la atención de salud que se brinda al paciente, para lo cual el prestador

⁵ Herranz Rodríguez. Comentarios al Código de Ética y de Odontología. Ediciones Universidad de Nanerva

⁶ Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Oficina de Estadística e Informática. Normas Técnicas para la Administración de las Historias Clínicas. Lima. 1999

⁷ Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Gestión de la Calidad. Perú. 2002.

⁸ Piscoya Arbañil. Leonardo: Valoración de las Historias Clínicas. Lima. 2000

⁹ Piscoya J, Bazán A. Auditoría Médica: Balance y Perspectivas - Separata del Hospital Almenara del IPSS Diciembre 1993

¹⁰ García, Culebras, Gonzáles Sánchez, Montero Muñoz, Olivares Escribano. Evaluación del grado de cumplimentación y accesibilidad de los datos en la Historia Clínica. Colombia. 2000

de salud utiliza los formatos para consignar la información de la atención según naturaleza del servicio que presta¹¹.

- c) Información Complementaria.-** Corresponde a la sección de información complementaria los resultados de exámenes auxiliares, así como todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al paciente en el proceso de atención, tales como el consentimiento informado, documentos de referencia y contra referencia, documentación de seguros, y otros que se considere pertinente¹².

2.1.3 Formatos básicos¹³:

1. Formatos en Consulta Externa
2. Formatos en Emergencia
3. Formatos en Hospitalización.- En los establecimientos de salud del primer nivel de atención que cuentan con servicios de internamiento, se utilizará la estructura del formato de hospitalización.

2.1.3.1 Anamnesis¹⁴

En la anamnesis se consignan los siguientes datos:

- Fecha y hora de la atención.
- Enfermedad actual: síntomas y signos principales, forma de inicio, curso y relato de la enfermedad, funciones biológicas
- Antecedentes personales: generales, fisiológicos y patológicos
- Antecedentes familiares

2.1.3.2 Examen clínico¹⁴:

Los datos deben anotarse de acuerdo con la siguiente secuencia:

Controles vitales

- Examen general: aspecto general, examen de piel y faneras, tejido celular subcutáneo, sistema linfático, aparato locomotor.
- Examen regional: cabeza, cuello, tórax y pulmones, mamas, aparato cardiovascular, abdomen, aparato genito urinario, sistema nervioso.

Si por alguna razón se omite una parte del examen físico, deberá anotarse el motivo por el cual no se realiza.

¹¹ Ortega Benito J.M. La Auditoria Médica. Revista de Medicina Clínica. Perú 1994

¹² Ruiz M. Tipología documental en las Historias Clínicas. Revista de estudios Extremos. España 2001

¹³ Auditoria Medica en los Hospitales de Mediana y Alta Complejidad e Institutos Especializados del MINSA. Directiva Documento de Trabajo. <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/01-%20Directiva%20de%20Auditoria%20M%C3%A9dica.pdf>

¹⁴ Mira 2, J.J., Gomez J. Aranaz J., Pérez E.: Auditoria de Historias Clínicas: Evaluación de la Calidad de la Información, Documentos y Sistemas de Información Clínica Hospitalaria Todo Hospital. 1997(140):58-64, artículo original. Universidad de Alicante; Alicante. Valencia. España.1997
<http://www.uv.es/~docmed/documed/documed/1524.html>

2.1.3.3 Diagnóstico

- Diagnóstico(s) presuntivo(s) o de ingreso que deberá reflejar la condición del paciente en el momento de la admisión¹⁵
- Diagnóstico(s) definitivo(s)

Nombres y apellidos, sello, firma del médico y colegiatura.

2.1.3.4 Tratamiento

- Fecha y hora
- Indicaciones terapéuticas prescritas: dieta, cuidados de enfermería que sean considerados necesarios, medicamentos consignando presentación, dosis, frecuencia y vía de administración.
- Nombres y apellidos, sello, firma del médico y colegiatura.

2.1.3.5 Plan de trabajo

- Exámenes auxiliares: laboratorio e imagenología
- Pruebas especiales
- Interconsultas
- Procedimientos médicos
- Procedimientos quirúrgicos

Debe registrarse la fecha y hora de solicitud y recepción del examen auxiliar, procedimiento o interconsulta¹⁶

Debe registrarse la fecha y hora de solicitud y recepción del examen auxiliar, procedimiento o interconsulta.

2.1.3.6 Evolución.- La frecuencia con que se escriben las notas de evolución es de al menos una vez al día, pudiendo ser mayor dependiendo del estado del paciente. Deberá contener como mínimo:

- Fecha y hora.
- Apreciación subjetiva
- Apreciación objetiva
- Verificación del tratamiento y dieta
- Interpretación y comentario
- Decisiones
- Nombres y apellidos, número de colegiatura, sello y firma del médico.

2.1.3.7 Hoja de autorización de ingreso

- Nombre del establecimiento.
- Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos,
- Número de Historia Clínica, Servicio, N° cama.

¹⁵ Borrel, Esteban. Análisis de la Calidad de la Historia Clínica. Colombia. 2000

¹⁶ Llanos Zavalaga. Auditoria Médica en el primer nivel de Atención. Revista Médica Herediana. Perú. 2000

- Datos de identificación de la persona legalmente responsable que solicita el ingreso, en caso que no fuera el paciente: nombres y apellidos, DNI.
- El texto deberá expresar que el paciente o su representante legal autorizan la hospitalización o internamiento y la puesta en práctica de aquellas medidas diagnósticas o terapéuticas que se consideren oportunas y que no precisen de un consentimiento informado por escrito.
- Firma del paciente o su representante legal, huella digital si fuera analfabeto y DNI.
- Nombres y apellidos, número de colegiatura, sello y firma del médico que indica el internamiento u hospitalización.

2.1.3.8 Epicrisis¹⁷

Debe ser preparado por el médico al egreso del paciente.

Debe resumir el cuadro clínico que presentó el paciente en la atención recibida.

Contiene la siguiente información:

- Fecha y hora de ingreso.
- Servicio.
- Número de cama.
- Diagnóstico de ingreso.
- Resumen de la enfermedad actual, del examen físico, de los análisis, estudios e interconsultas realizadas y del tratamiento prescrito.
- Procedimientos terapéuticos y procedimientos diagnósticos realizados, con sus respectivos códigos
- Complicaciones.
- Fecha del egreso, hora del egreso, estadía total.
- Tipo de alta, condición de egreso, pronóstico al alta.
- Diagnóstico de egreso: diagnóstico principal y secundario con sus respectivos códigos.
- Información sobre mortalidad (si fuera el caso): indicar si se realizó necropsia y causas de muerte.
- Nombres y Apellidos, firma, sello del médico consignando el número de su colegiatura

¹⁷ Piscoya Arbañil. José. Diplomado de Auditoria Médica. Facultad de medicina. Universidad Mayor de San Marcos. Perú 1999

2.1.3.9 Formato de identificación/filiación¹⁸

Se usa en el II y III Nivel de Atención de salud. En el primer nivel los datos contenidos en este formato, se encuentran en la Ficha Familiar.

El contenido mínimo es el siguiente:

- Nombre del establecimiento
- Código del establecimiento (Si corresponde)
- Categoría del establecimiento
- Número de Historia Clínica
- Nombres y apellidos del paciente
- Lugar de nacimiento.
- Fecha de nacimiento.
- Edad.
- Sexo.
- Domicilio actual.
- Domicilio de Procedencia.
- Teléfono.
- Documento de identificación (DNI, Carné de extranjería).
- N° de seguro social, SIS, SOAT.
- Estado civil
- Grado de instrucción.
- Ocupación.
- Religión.
- Nombre de la persona acompañante o responsable
- DNI de la persona acompañante o responsable
- Domicilio de la persona acompañante o responsable
- Parentesco de la persona acompañante o responsable.
- Teléfono de la persona acompañante o responsable.

2.1.3.10 Notas de enfermería¹⁹

Contiene:

- Notas de ingreso, anotándose la fecha, la hora y la forma en que el paciente ingresó y una breve descripción de la condición del paciente.
- Funciones vitales.
- Funciones biológicas.
- Estado general.
- Evolución en el transcurso de la hospitalización.

¹⁸ Chávez Acosta. Evelin: Análisis Cuantitativo de la Historia Clínica. Lima. Perú. 2000

¹⁹ Marco Conceptual de la calidad. Texto autoinformativo. Universidad Mayor de San Marcos. Perú 1999

- Deberá anotarse los síntomas significativos observados y el tratamiento realizado.
- Debe anotarse en los tres turnos: mañana, tarde y noche y en los casos especiales, o de cuidados intermedios o intensivos, según el caso lo requiera.
- El tratamiento aplicado debe ser claro y sin abreviaturas no estandarizadas, ni enmendaduras.
- Todas las anotaciones deben tener la fecha, la hora y ser firmadas con el nombre completo de la enfermera y el número de su colegiatura y su firma

2.1.3.11 Hoja de control de medicamentos o kardex:

Contiene:

- Nombre y apellido del paciente
- N° de Historia Clínica
- Nombre del medicamento suministrado.
- Fecha de inicio y fecha en que se discontinuó.
- Las horas diarias en que se administra.
- Nombres y apellidos, firma de la enfermera, sello y número de su colegiatura.

2.1.3.12 Gráfica de signos vitales²⁰

Contiene:

- Nombres y apellidos del paciente
- Número de Historia Clínica
- Servicio y N° de cama
- Temperatura
- Frecuencia
- Cardíaca
- Frecuencia
- Respiratoria y presión arterial del paciente

2.1.3.13 Hoja de balance Hidro-electrolítico:

- Nombres y apellidos del paciente
- Fecha
- Peso
- Registro de ingresos y egresos, según turnos y el total del día.
- Número de cama Servicio

²⁰ Uvori, H. Introducir el control de Calidad, un ejercicio de audacia. Control de Calidad Asistencial. México 1999

- Nombres y apellidos, firma de la enfermera, sello y número de su colegiatura.

2.1.3.14 Formato de interconsulta

Es un formato que deberá constar con dos secciones:

La solicitud de la Interconsulta

- Datos de Filiación del paciente.
- Breve resumen de enfermedad actual y examen clínico.
- Motivo de la interconsulta.
- Diagnóstico presuntivo.
- Fecha y hora de la solicitud.
- Nombres y apellidos, cargo y firma del profesional Solicitante.

El informe de Interconsulta

- Descripción de los hallazgos.
- Exámenes y/o procedimientos realizados.
- Diagnóstico
- Pronóstico

Tratamiento y recomendaciones

Nombres y apellidos, cargo, firma y colegiatura del profesional que realiza la atención.

- Fecha y hora de la respuesta

2.1.3.15 Orden de intervención quirúrgica

Debe contener como mínimo:

- Identificación del paciente (nombres y apellidos, número de H. C., edad, sexo, Servicio, N° cama)
- Diagnóstico del paciente.
- Procedimiento quirúrgico.
- Fecha de solicitud.
- Fecha de programación.
- Nombres y apellidos del médico cirujano.
- Nombres y apellidos del 1er ayudante.
- Grupo sanguíneo.
- Hemoglobina.
- Tipo de anestesia prevista.
- Firma y sello del médico cirujano.
- Firma y sello del jefe del servicio o del departamento.

2.1.3.16 Informe quirúrgico²¹

Debe contener como mínimo:

- Identificación del paciente: nombres y apellidos, número de H. C., edad, sexo.
- Servicio, N° cama.
- Tipo de anestesia empleada.
- Duración. Fecha y hora de inicio y término.
- Operación Programada y operación efectuada
- Diagnóstico pre y post-operatorio.
- Hallazgos operatorios.
- Descripción de la técnica o procedimiento utilizado.
- Incidencias o complicaciones ocurridas durante la intervención quirúrgica.
- Identificación de cirujanos, anestesiólogos, instrumentistas y circulantes.
- Estado y destino del paciente al salir del quirófano.
- Indicación de si se ha solicitado o no examen anatomopatológico y/o bacteriológico del material extraído en la intervención.
- Nombre, firma, sello y colegiatura del médico que realiza el informe.

2.1.3.17 Formatos de anestesia²²

Deberá incluirse el resumen del reconocimiento pre-operatorio, así como las actuaciones que se produzcan antes, durante y en el postoperatorio inmediato mientras esté bajo responsabilidad del anestesiólogo.

Hoja de pre anestesia, debe contener como mínimo²³: Datos de identificación del paciente: nombre y apellidos, número de H. C., edad, sexo, peso, servicio, N° cama

- Antecedentes clínicos de interés para la administración de la anestesia.
- Resumen de la enfermedad actual asociada, tratamiento actual y otros datos que pudieran influir en la elección de la anestesia

Datos importantes del examen físico

- Tipo de anestesia prevista.
- Riesgo anestesiológico
- Conclusiones

²¹ Harrison: Principles of Internal Medicine Mc Graw Hill 1999. <http://www.medicadetarrawna.esiaulá/auditoria.htm>

²² Sistema Nacional de Archivos: Normas Generales del Sistema Nacional de Archivos. Dirección Nacional de Desarrollo Archivístico y Archivo Intermedio. Lima. 2001

²³ Sistema Nacional de Archivos: Normas Generales del Sistema Nacional de Archivos. Dirección Nacional de Desarrollo Archivístico y Archivo Intermedio. Lima. 2001

- Fecha, firma y sello del anestesiólogo.

Hoja de anestesia, su contenido mínimo será²⁴

- Identificación del paciente (nombres y apellidos, número de H. C., edad, sexo, peso, Servicio, N° cama)
- Diagnóstico pre operatorio e intervención quirúrgica
- Medicación pre anestésica utilizada
- Resumen de la valoración pre- operatoria
- Hora de comienzo y finalización de la anestesia
- Descripción de la técnica anestésica
- Medicación administrada, indicando presentación, dosis, frecuencia vía y momento de administración.
- Características de la ventilación mecánica, si la hubiere.
- Gráfica minutada de constantes vitales durante la intervención
- Incidencias de interés en relación con el estado vital del Paciente.
- Balance hídrico
- Estado clínico del paciente durante y al final de la intervención
- Fecha, firma y sello del anestesiólogo responsable de la intervención

Hoja de post anestesia, debe contener como mínimo²⁵ Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, número de H. C., edad, sexo, peso, Servicio, N° cama

- Fecha, hora de ingreso y hora de egreso
- Registro del control de funciones vitales monitorizadas
- Condición de ingreso
- Anotaciones referentes al seguimiento del estado de conciencia, motilidad, respiración, dolor y pérdidas.
- Balance hídrico
- Tratamiento administrado
- Condición de egreso
- Firma y sello del profesional

2.1.3.18 Formato de consentimiento informado²⁶

En el caso de tratamientos especiales, realizar pruebas riesgosas o practicar intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para

²⁴ Gómez Dolores, especialista Medicina Legal y Forense. La historia Clínica y Aspectos Éticos y Legales.

²⁵ Ortega Benito J.M. La Auditoria Médica. Revista de Medicina Clínica. Perú 1994

²⁶ Herranz Rodríguez. Comentarios al Código de Ética y de Odontología. Ediciones Universidad de Nanerva

lo cual se utiliza un formato cuyo contenido se describe en la presente norma. Se exceptúa de lo dispuesto en situaciones de emergencia.

En caso de menores de edad o pacientes con discapacidad mental se tomará el consentimiento informado a su apoderado o representante legal.

El formato de consentimiento informado será de uso estandarizado obligatorio a nivel nacional y deberá contener lo siguiente:

- Nombre del establecimiento de salud
- Fecha
- Nombres y apellidos del paciente
- N° de Historia Clínica
- Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento especial a efectuar
- Descripción del mismo en términos sencillos
- Riesgos personalizados, reales y potenciales del procedimiento y/o de la intervención quirúrgica.
- Nombres y apellidos del profesional responsable de la intervención o procedimiento
- Conformidad firmada en forma libre y voluntaria por el paciente o su representante legal según sea el caso, consignando nombres, apellidos y N° de DNI. En caso de analfabetos se coloca su huella digital
- Nombres y apellidos firma, sello y número de colegiatura del profesional responsable de la atención
- Consignar un espacio para caso de revocatoria del consentimiento informado, donde se exprese esta voluntad con nombres, apellidos, firma y huella digital del paciente, o representante legal de ser el caso.

2.1.3.19 Formato de retiro voluntario²⁷

Nombre del establecimiento de salud

- Fecha
- Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, número de Historia Clínica, Servicio, N° cama
- El texto deberá expresar que se informó al paciente, o sus representantes legales, sobre los riesgos que implica la decisión de retiro contra la indicación del médico y se precise el descargo de toda responsabilidad a los médicos tratantes y al establecimiento de salud
- Nombre y apellidos, firma, sello y número de colegiatura del médico que dio información sobre los riesgos que implica el retiro del paciente.

²⁷ Herranz Rodríguez. Comentarios al Código de Ética y de Odontología. Ediciones Universidad de Nanerva

- Datos de identificación de la persona legalmente responsable que solicita el alta en caso que no fuera el paciente: nombres y apellidos, DNI
- Firma del paciente o representante legal, huella digital si fuera analfabeto y N° DNI.

2.2 Requisitos mínimos considerados en la estructura de la Historia Clínica²⁸

- a) La información registrada en los formularios de la Historia clínica deber ser registrada con letra clara y legible.
- b) No se deberán utilizar abreviaturas (a menos que exista un manual de códigos y abreviaturas de la constitución a disponibilidad del personal asistencial
- c) Registrar la información escrita con lapicero.
- d) No usar borradores ni sustancias para cubrir fallas o errores ante una falta o error tachar el mismo colocar la anotación “invalidado”, corregir al lado y firmar as continuación
- e) Colocar al inicio de cada anotación la fecha y la hora de registro consignado al final el nombre, el numero de colegiatura profesional y la firma del profesional que la genero (es válido el uso del sello del profesional siempre y cuando consigne su nombre y su número de colegio profesional.
- f) No dejar espacios en blanco en el texto y al final del mismo en los formatos de la historia clínica para evitar registros posteriores a la redacción original por parte de terceros o del firmante

2.2.1 Partes de la Historia clínica²⁹

El ordenamiento puede tener variantes y/o agregados pero debe ser un modelo único tarea que es competencia del Ministerio de Salud que es el Ente Rector derivada de la aplicación de la ley de salud

Debe contener las siguientes partes:

- a) Datos de filiación (Nombres y apellidos lugar de nacimiento edad, domicilio, documento de identificación, N° de seguro (social, SIS, etc. De ser el caso), ocupación nombre de la persona acompañante o responsable.
- b) Hoja de grafica de funciones vitales.
- c) Anamnesis (motivo de consulta, enfermedad actual y antecedentes)

²⁸ Marco Conceptual de la calidad. Texto autoinformativo. Universidad Mayor de San Marcos. Perú 1999.

²⁹ Chávez, J. Aulló y otros: La Historia Clínica Plan de Formación en Responsabilidad Legal Profesional. Asociación Española de Derecho Sanitario. España. 1998

- d) Examen físico (general y regional)
- e) Diagnostico presuntivo
- f) Plan de trabajo
- g) Terapéutica y seguimiento.
- h) Evolución clínica m de estar hospitalizado.
- i) Hoja de consentimiento Informado.
- j) Exámenes auxiliares.
- k) Diagnostico definitivo.
- l) Epicrisis y / o resumen de historia Clínica.
- m) En caso de parto historia clínica perinatal y partograma.
- n) En caso de atención Odontológica implementación de la hoja de Odontograma
- o) Eventualmente puede haber hojas de anotaciones de personal no médico y / o administrativo

2.2.2 Normas para la Evaluación técnica de las historia clínicas³⁰

- a) Ordenación general de la HC: Según el esquema designado por la Comisión de historias y vigente.
- b) Identificación del paciente: Si consta el nombre y apellidos y número de historia en todos los documentos.
- c) Identificación del médico: Si consta el nombre y apellidos en todos los documentos.
- d) Hoja anamnesis: Si existe dicha hoja cumplimentada y si al final se escribe con diagnóstico o diagnósticos diferenciales.
- e) Exploración física básica: Si existe una exploración física.
- f) Comentarios y evolución diaria médica: Si todos los días hay comentarios médicos, reflejo de un pase de vista.
- g) Órdenes de tratamiento médico: Si existen diariamente.
- h) Hojas de observación de enfermería: Si existen diariamente con anotaciones de la atención.
- i) Hojas de constantes de enfermería: Si existen diariamente con la toma de datos clínicos.
- j) Informes de radiodiagnóstico: Si existen o solo hay radiografías.
- k) Protocolo preoperatorio: Si existe E.C.G., radiografía de tórax y analítica preoperatoria.

³⁰ Marco Conceptual de la calidad. Texto autoinformativo. Universidad Mayor de San Marcos. Perú 1999

- l) Hoja de anestesia: Si está cumplimentada o no.
- m) Informe del cirujano: Si está cumplimentado o no sobre intervención practicada
- n) Informes de Anatomía Patológica sobre muestras: Si existen o no, siempre que se hayan remitido dichas muestras.
- o) Existencia de informe de Alta: Existe: 3 puntos, No existe: 0 puntos
- p) Grado de cumplimentación del Alta: Debe constar:
 - Si está identificado el paciente y el médico responsable
 - Antecedentes
 - Anamnesis de enfermedad actual
 - Exploración clínica y complementaria
 - Tratamientos y evolución
 - Estado al alta
 - Diagnóstico principal
 - Procedimientos realizados
 - Consejos y medicación

2.3 CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA.- La evaluación Técnica de Historias clínicas consta de dos partes; revisión cuantitativa y revisión cualitativa

2.3.1 El Análisis cuantitativo.- Es la revisión de la historia clínica para comprobar su integridad y asegurar que se ajuste a la presente norma y las establecidas por el Comité de Historias clínicas del establecimiento o de la Gerencia General de Salud según corresponda.

La realización de este análisis es responsabilidad de la unidad de archivo

La revisión de las historias clínicas tiene lugar mediante un procedimiento por escrito desarrollado de forma consensuada entre el departamento de documentación médica y los servicios clínicos de acuerdo con las normas de la institución. Requiere estándares y normas de procedimiento previos. Por tanto, hay que establecer un protocolo de análisis de los distintos documentos de forma muy precisa.

2.3.2 Objetivo.- El propósito es la detección, de forma rutinaria, de omisiones evidentes en la cumplimentación de la historia, que se puedan corregir de forma fácil en el normal desarrollo de la actividad hospitalaria. Lo que se persigue es que las historias se hallen más completas³¹.

³¹ Mercedes Tegero Alvarez. Documento Clínica y Archivo

2.3.3 Resultados.- La detección de deficiencias específicas, y la corrección (completar la historia) por parte del médico que prestó la asistencia en un breve plazo de tiempo pactado.³²

2.3.4 Componentes de la revisión o análisis cuantitativo.- El análisis cuantitativo comprende la revisión de los siguientes aspectos de la historia clínica:

- i. Correcta identificación del paciente en todos los documentos.
- ii. Presencia de todos los documentos necesarios y grado de cumplimentación.
- iii. Autenticación: anotaciones fechadas y firmadas.
- iv. Normalización de documentos.
- v. Ordenación de la historia.
- vi. Prácticas o uso de anotaciones correctas.

2.3.5 Revisión de la identificación.- Habitualmente, tanto si se realiza de forma concurrente o retrospectiva, la revisión cuantitativa se inicia con la comprobación de la correcta identificación del paciente (al menos nombre del paciente y número de historia) en cada una de las hojas de la historia clínica. Ante la ausencia de datos identificativos en alguna hoja, se revisa la misma al objeto de determinar si pertenece al paciente cuya historia está siendo revisada. El análisis concurrente permite la corrección con mayor facilidad de las ausencias o errores en la identificación de los documentos³³.

Presencia de todos los documentos necesarios y grado de cumplimentación de los mismos.

La historia clínica se halla integrada en parte por documentos de uso común, básicos y que deben ser habituales en cualquier historia del centro. Así, en el episodio del ingreso de un paciente en el hospital debe existir la hoja de anamnesis, la de examen físico, notas de evolución, informe de alta, etc. Por otra parte, la existencia de otros documentos dependerá del curso que haya seguido el paciente. Si al paciente se le realizaron pruebas diagnósticas, interconsultas o intervención quirúrgica, existirán documentos que informen de estas actividades. En todo caso se debe especificar qué documentos se revisan, y en qué momento³⁴.

Resulta habitual verificar:

- La existencia de informe de alta con la cumplimentación del diagnóstico principal, diagnósticos secundarios y procedimientos.

³² Piscocoya Arbañil. José. Diplomado de Auditoría Médica. Facultad de medicina. Universidad Mayor de San Marcos. Perú 1999

³³ Sistema Nacional de Archivos: Normas Generales del Sistema Nacional de Archivos. Dirección Nacional de Desarrollo Archivístico y Archivo Intermedio. Lima. 2001

³⁴ Chávez Acosta. Evelin: Análisis Cuantitativo de la Historia Clínica. Lima. Perú. 2000

- La presencia y grado de cumplimentación de: anamnesis y exploración física, informes de interconsultas cuando aparezca una petición de interconsulta, informe histopatológico cuando el informe quirúrgico indique que el tejido fue extirpado, informes preanestésico, anestésico y postoperatorio³⁵.

Existen diversas propuestas sobre qué documentos revisar y de qué ítems debemos evaluar su cumplimentación

- 2.3.6 Autenticación: anotaciones fechadas y firmadas.-** La revisión cuantitativa también debe comprobar que todas las anotaciones realizadas en la historia y los informes de la misma se hallen fechados y firmados. Así tras la realización del análisis cuantitativo se notificarán las ausencias al respecto³⁶.
- 2.3.7 Normalización documental.-** Se comprueba el grado de normalización en los formatos de los documentos, en la titulación de los mismos, en el espacio dedicado la identificación del paciente.
- 2.3.8 Ordenación de la historia.-** Se comprueba el grado de ordenación de los documentos que integran la historia clínica, según el protocolo de ordenación adoptado o vigente en el centro.
- 2.3.9 Prácticas de buena documentación en las historias.-** Bajo esta denominación nos referimos a una serie de aspectos de las anotaciones que se realizan en la historia clínica, tales, como la forma de corregir los errores cometidos en la elaboración de la historia, la existencia de espacios en blanco entre los documentos de la historia que deben ser rayados completamente para evitar la interpolación posterior, especialmente en las notas de evolución y órdenes médicas. La corrección de los errores en la historia clínica es un aspecto particularmente importante de la documentación en los EE.UU. Las modificaciones o alteraciones de los datos en las historias en entornos como el norteamericano fácilmente dan lugar a demandas legales. Por ello, existen guías en las que se indica cómo se ha de proceder en estos casos. Así cuando es necesario corregir un error (esto sucede cuando el médico ha escrito en la historia clínica de un paciente equivocado), el facultativo o persona que escriba suele trazar una línea fina a través de las líneas o párrafo erróneo, la frase, anotación errónea, se añade una nota que explica el error (tal como historia clínica de paciente

³⁵ Harrison: Principles of Internal Medicine Mc Graw Hill 1999. <http://www.medicadetarrawna.esiaulá/auditoria.htm>

³⁶ Piscoya Arbañil José L.: Calidad de la Atención en Salud a través de la Auditoria Médica. Diplomatura de Auditoria Médica, Anales de la facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú. 2000. http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/anales/Vol61_N3/

equivocada.), fecha y su inicial, y posteriormente se inserta la anotación correcta en orden cronológico indicando a que anotación reemplaza ésta.

2.4 Revisión cualitativa

2.4.1. Concepto: Es la revisión de la historia clínica para garantizar que³⁷:

- Contiene suficiente información para justificar el diagnóstico, el tratamiento y el resultado de la asistencia;
- Que todas las opiniones se hallan apoyadas en hallazgos; y
- Que no existen discrepancias o errores.

Por tanto, se revisa el contenido de la historia clínica para detectar inconsistencias y omisiones que pudieran significar que la historia clínica no es adecuada o se halla incompleta.

La responsabilidad de este tipo de revisión recae en los facultativos y el comité de historias clínicas.

2.4.2. Objetivo.- Esta revisión se realiza para hacer la historia clínica más completa, al igual que el cuantitativo, y además, proporciona información para las actividades de gestión de calidad y risk management. La práctica de este tipo de revisión favorece una mayor especificidad en la codificación de diagnósticos y procedimientos y la adecuada selección del diagnóstico principal³⁸.

2.4.3. Resultados.- Detección de deficiencias corregibles, de patrones de mala documentación (no corregibles) y de sucesos potencialmente evitables³⁹

2.4.4. Componentes del análisis cualitativo⁴⁰

1. Completa y coherente anotación de diagnósticos.
2. Coherencia en las anotaciones de todos los que intervienen en el cuidado del paciente.
3. Descripción y justificación de la evolución.
4. Registro de todas las autorizaciones de consentimiento informados necesarias.
5. Prácticas de documentación: legibilidad, uso de abreviaturas, evitar observaciones o comentarios ajenos, inexplicables omisiones de tiempo.
6. Presencia de sucesos potencialmente evitables.

³⁷ Borrel, Esteban. Análisis de la Calidad de la Historia Clínica. Colombia. 2000

³⁸ Harrison: Principles of Internal Medicine Mc Graw Hill 1999. <http://www.medicadetarrawna.esiaulá/auditoria.htm>

³⁹ Mercedes Tegero Alvarez. Documento Clínica y Archivo.2006

⁴⁰ Gómez Dolores, especialista Medicina Legal y Forense. La historia Clínica y Aspectos Éticos y Legales

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

AMBITO INTERNACIONAL

ANDREA MARÍA PÉREZ GAYÓN y Colaboradores

“Evaluación de la calidad de las Historias Clínicas en el Servicio de Urgencias de la Clínica Regional del Oriente de la Policía Nacional Sergio Eduardo Ayala Moreno 2007” Instituto de Ciencias de la Salud Ces y Universidad Autónoma de Bucaramanga – Santander

Resumen: El objetivo fue evaluar la calidad de la Historia Clínica a través de las normas para el diligenciamiento, manejo, control y evaluación de los documentos que hacen parte de la Historia Clínica de cada uno de los pacientes que consultaron durante el I semestre del 2007 en el servicio de Urgencias de la Clínica Regional del Oriente con base en el enfoque actual exigido por el ministerio de la Protección Social.

Materiales y método: Es un estudio Descriptivo Retrospectivo se tomo una muestra de 375 Historias Clínicas y el tamaño final de la, muestra fue de 404 Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio de urgencias durante el año 2007

Resultados: El estudio arrojo resultados de ausencia de rango Óptimo con una media del 26% en el rango de Bueno

El motivo es que no se realiza un trabajo correcto de parte del personal del servicio de urgencias de la institución

PATRICIA PAVÓN LEON

“Evaluación del expediente clínico en la atención Obstétrica” Instituto de Ciencias de la Salud .Universidad Veracruzana Xalapa México

Resumen: Evaluar la calidad integración y el llenado del expediente clínico obstétrico en un hospital de ginecología y obstetricia, con el fin de ofrecer información para la definición de estrategias institucionales que contribuyan al mejoramiento de la calidad de la atención medica

Materiales y método: En un estudio transversal se tomo una muestra aleatoria de 1,200 expedientes clínicos de pacientes embarazadas atendidas durante el año 1997.

Resultados: El 85%de los expedientes evaluados se encontraban incompletos. El principal motivo fue la falta de registro de los signos vitales y el 88 % de los partogramas se encontraban incompletos. Existen serias deficiencias en la elaboración de los expedientes clínicos que afectan la adecuada atención y seguimiento de los pacientes. Se debe intensificar la difusión de la Norma Oficial del expediente clínica y verificar su cumplimiento

F. BIUTITRAGO RAMÍREZ Y COLABORADORES.

“Análisis y evolución de la calidad de las historias clínicas en Centro de Salud La Paz”
Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria Badajoz 1989 España.

Resumen.- Presentamos los resultados de tres revisiones de cumplimientos de historias clínicas, que anual y sistemáticamente venimos realizando en el Centro de Salud. Se consensuaron 8 criterios en la auditoria DE 1986, 11 EN 1988 Y 10 EN 1989.

Destacamos que solo tres de los criterios evaluados (carpeta familiar anamnesis y antecedentes personales) descendieron en el grado de cumplimentación, con disminución del 15% 8.5% y 0.6% respectivamente, entre la primera y la última revisión. Los restantes criterio aumentaron seis de ellos con diferencias estadísticamente significativas: carpeta individual (37% de los registros en 1989 resumen de patología (56.4% n) antecedentes familiares (38.4), tensión arterial (69.16%) vaciado de analítica (66.9%) e índice de Quetelec (26.6).

Concluimos la utilidad y necesidad del auditor Medico en los equipos de atención Primaria como una de las vías de garantizar la calidad de la información manejada En el ámbito nacional y local no se ha encontrado trabajos similares.

4. OBJETIVOS.

- Determinar la calidad de la historia clínica, en relación con el diseño del formato.
- Determinar la calidad de la historia clínica en relación a los aspectos cuantitativos.

5. HIPOTESIS

No requiere de Hipótesis por ser un estudio Descriptivo.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TECNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACION.

VARIABLE	INDICADORES	TECNICA	INSTRUMENTO
Calidad de la Historia Clínica	Diseño de la Historia Clínica	Revisión Documental	Lista de cotejo
	Aspecto Cuantitativo	Revisión Documental	Lista de cotejo

Los criterios para evaluar el indicador Diseño de la Historia Clínica

PARAMETRO	CRITERIOS DE EVALUACION
Formatos	Tamaño de la letra rotulación de formatos, espacio, para el registro de nombres y del número de Historia Clínica, tipo de papel e impresión del mismo, espacio para anotar Respuestas

Criterio	Puntaje
Excelente	96 a 100 % de datos responden a la norma
Muy Bueno	80 a 95 % de datos responden a la norma
Bueno	60 a 79 % de datos responden a la norma
Regular	40 a 59 % de datos responden a la norma
Mala	0 a 39 % de datos responden a la norma

Los criterios a utilizar para la evaluación del indicador: Aspecto Cuantitativo.

PARAMETROS	CRITERIOS DE EVALUACION
Hoja Identificación	Número de Historia Clínica, apellidos y nombres, edad; sexo; fecha de nacimiento. Lugar de nacimiento; Nacionalidad; domicilio; distrito; provincia; departamento ocupación; nombre del padre; nombre de la madre; fecha de inscripción; tipo de atención; diagnóstico principal; otros diagnósticos; operaciones; fecha de egreso clase del alta, condición del paciente al egreso; causa de defunción: causa determina por necropsia firma del Médico tratante
Hoja de Epicrisis	Numero de historia clínica, apellidos y nombres, N° de cama; fecha y hora de ingreso, fecha y hora de egreso; resumen de la anamnesis, resumen del examen físico; exámenes auxiliares; diagnóstico de ingreso, tratamiento; evolución; diagnósticos finales; indicaciones al alta; médico tratante; firma del Médico tratante y CMP.
Hoja de informe Operatorio	Numero de historia clínica, Apellidos y nombres, Fecha, Hora de inicio; Hora de termino; Diagnostico pre operatorio; Diagnostico post operatorio; Operación realizada; Tipo de anestesia; Nombre del cirujano; Nombre del ayudante; Nombre del anestesiólogo; Nombre de las enfermeras Instrumentistas y/o circulante; Procedimiento; Hallazgos ;Firma del cirujano Sello del cirujano
Hoja del Análisis de la Anamnesis	Numero de historia clínica, apellidos y nombres filiación; enfermedad actual; antecedentes personales; condiciones socio-económicas; antecedentes familiares; nombre y firma del autor información.
Hoja de Examen clínico	Numero de historia clínica, apellidos y nombres, edad; sexo; signos vitales; examen general y regional; anotaciones del órgano afectado; diagnóstico, firma del Medico tratante y CMP.
Hoja Grafica resumen de los signos vitales	Numero de historia clínica, apellidos y nombres, fecha;, signos vitales; temperatura pulso presión arterial
Hoja de Evolución	Numero de historia clínica, apellidos y nombres, fecha y hora; hallazgo; observaciones; indicaciones; razones de cambio de tratamiento; firma del Medico tratante y CMP.,sello del medico
Hoja de ordenes Medicas	Apellidos y nombres,; fecha de la Nota de pedido ; fecha de la Nota de recepción; firma después de cada anotación.
Hoja de Prescripción medica	Apellidos y nombres, Fecha de inicio de Medicación; Fecha de suspensión de medicación; Nombre del medicamento ; Observaciones de la administración

Hoja Resumen de exámenes de Laboratorio	Nº de Historia clínica; apellidos y nombres; fecha de recepción
Hoja de interconsultas	Numero de historia clínica, apellidos y nombres, fecha; tiempo de hospitalización; tiempo de enfermedad; signos y síntomas, Exámenes auxiliares principales ; diagnostico preventivo o definitivos; Razón de la interconsulta; firma del Medico tratante y CMP. Respuesta: fecha; hora; Examen de la especialidad; comentarios; indicaciones; firma del Medico que resuelve la interconsulta y CMP. Sello
Hojas de las notas de enfermería	Numero de historia clínica, apellidos y nombres, Anotación de fecha y hora de observación al paciente Nombre de firma y CEP de la enfermera
Hoja de Consentimiento informado	Nombres y apellidos Nº de DNI dirección ; firma del paciente ;huella digital y firma y huella digital del testigo



INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACION

A. LISTA DE COTEJO : DISEÑO DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº	A observar	Cumple con la norma	No cumple con la norma	Observaciones
01	Tamaño de la letra			
02	Rotulación de Formatos			
03	Espacio para registro de nombres y del número de Historia clínica.			
04	Tipo de papel e impresión del mismo			
05	Espacios para anotar respuestas.			

Para efectos de la calificación del diseño de la Historia clínica se utilizara la siguiente matriz

Criterio	Puntaje
Excelente	96 a 100 % de datos responden a la norma
Muy Bueno	80 a 95 % de datos responden a la norma
Bueno	60 a 79 % de datos responden a la norma
Regular	40 a 59 % de datos responden a la norma
Mala	0 a 39 % de datos responden a la norma

Fuente: Análisis cuantitativo de la Historia Clínica Ing. Evelin Chavez Acosta

B. LISTA DE COTEJO: ANALISIS CUANTITATIVO DE LA HISTORIA CLÍNICA

Nº	Instrumentos a observar Formato(Dimensiones)	Datos presentes	Datos Ausentes	Observaciones
1	IDENTIFICACIÓN Nº de Historia Clínica, Apellidos y nombres, Edad; Sexo; Fecha de nacimiento. Lugar de nacimiento; Nacionalidad; Domicilio; Distrito; Provincia; Departamento Ocupación; Nombre del padre; Nombre de la madre; Fecha de inscripción; Tipo de atención; Diagnostico principal; Otros diagnósticos; Operaciones; Fecha de egreso Clase del alta, Condición del paciente al egreso; Causa de defunción: Causa determinada por necropsia Firma del Medico –Sello			
2	EPICRISIS Nº de historia clínica, Apellidos y nombres, , Nº de cama; Fecha y hora de ingreso, Fecha y hora de egreso; Resumen de la anamnesis, Resumen del examen físico; Exámenes auxiliares; Diagnostico de ingreso, Tratamiento; Evolución; Diagnósticos finales; Indicaciones al alta; Firma del Medico tratante Sello			
3	REPORTE OPERATORIO Numero de historia clínica, Apellidos y nombres, Fecha, Hora de inicio;			

	<p>Hora de termino; Diagnostico pre operatorio; Diagnostico post operatorio; Operación realizada; Tipo de anestesia; Nombre del cirujano; Nombre del ayudante; Nombre del anestesiólogo; Nombre de las enfermeras Instrumentistas y/o circulante; Procedimiento; Hallazgos ; Firma del cirujano Sello del cirujano</p>			
4	<p>ANÁLISIS DE LA ANAMNESIS Numero de historia clínica, apellidos y nombres Filiación; Enfermedad actual; Antecedentes personales; Condiciones socio-económicas; Antecedentes familiares; Nombre y firma del autor información.</p>			
5	<p>EXAMEN CLÍNICO Numero de historia clínica, Apellidos y nombres, Edad; Sexo; Signos vitales; Examen general y regional; Anotaciones del órgano afectado; Diagnostico, Firma del Medico tratante y CMP.</p>			
6	<p>FRAFICA DE SIGNOS VITALES Numero de historia clínica, apellidos y nombres, Fecha;, Signos vitales; Temperatura Pulso Presión arterial</p>			

7	EVOLUCION Nº de historia clínica, Apellidos y nombres, Fecha y hora; Hallazgo; Observaciones; Indicaciones; Razones de cambio de tratamiento; Firma del Medico Sello			
8	ORDENES MEDICAS Apellidos y nombres Fecha de la Nota de pedido Fecha de la Nota de recepción Firma después de cada anotación			
9	PRESCRIPCION MEDICA Apellidos y nombres, Fecha de inicio de Medicación Fecha de suspensión de medicación Nombre del medicamento Observaciones de la administración.			
10	RESUMEN DE EXAMENES DE LABORATORIO Nº de historia clínica, Apellidos y nombres, Fecha;			
11	INTERCONSULTAS Numero de historia clínica, apellidos y nombres, fecha; tiempo de hospitalización; tiempo de enfermedad; signos y síntomas,			
	Exámenes auxiliares principales ; diagnostico preventivo o definitivos; Razón de la interconsulta; Firma del Medico tratante y CMP. Respuesta: fecha; hora; Examen de la especialidad; comentarios; indicaciones; Firma del Medico que resuelve la			

	interconsulta y CMP. sello			
12	NOTAS DE ENFERMERIA Numero de historia clínica, apellidos y nombres, Anotación de fecha y hora de observación al paciente Nombre de firma y CEP de la enfermera Sello			
13	CONSENTIMIENTO INFORMADO Nombres y apellidos Nº de DNI Dirección ; Firma del paciente Huella digital y firma Huella digital del testigo			

Para efectos de la calificación del análisis cuantitativo se utilizara la siguiente matriz.

Criterio	Puntaje
Excelente	96 a 100% de datos completos
Muy Bueno	80 a 95% de datos completos
Bueno	60 a 79% de datos completos
Regular	40 a 59% de datos completos
Mala	0 a 39% de datos completos

Fuente: Análisis Cuantitativo de la Historia Clínica Ing. Evelin Chávez Acosta

2. CAMPO DE VERIFICACION

2.1. Ubicación Espacial.- El estudio se realizará en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa se encuentra ubicado en la Región Arequipa Departamento de Arequipa, Cercado Av. Alcides Carreón S/n

2.2. Ubicación Temporal.- La recolección de datos corresponde al primer trimestre del 2011.

2.3. Unidades de Estudio:

2.3.1. Unidades de estudio.- Las unidades de estudio son las Historias Clínicas

2.3.2. Población o Universo.- El universo esta se determina por el total de historias clínicas de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía varones en los meses de enero, febrero y marzo del 2010 que corresponde a 545 historias clínicas

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS.

3.1. Organización:

- Autorización para el acceso a las unidades de estudio
- Preparación de las Unidades de Estudio
- Formalización física de la muestra

3.2. Recursos:

a. Potencial Humano:

Representado por el investigador para la aplicación del instrumento.

b. Recurso Físico :

La infraestructura del establecimiento de Salud

c. Recurso institucional

La Oficina de informática y Estadística

3.3. Validación del Instrumento:

Por ser un instrumento estandarizado y utilizado con anterioridad en instituciones de salud en el país no se ha considerado pertinente la validación del mismo

3.4. Criterios o estrategias para el manejo de resultados:

- a. Se empleara una matriz de tabulación para contabilizar las respuestas del instrumento
- b. Tratamiento Estadístico

Tipo de variable	Indicadores	Escala de medición	Medidas estadísticas	Pruebas estadísticas
Calidad de la Historia Clínica	Diseño de la Historia Clínica	Nominal	Frecuencias Absolutas y Porcentuales	No Corresponde
	Aspecto Cuantitativo	Nominal	Frecuencias Absolutas y porcentuales	No corresponde

c. Cuadro y graficas:

Teniendo en cuenta la matriz de tabulación se elaboraran cuadros y gráficos con lo cual la información quedara claramente organizada y sistematizada

d. Estudio de los datos sistematizados.

- ❖ La estrategia para el análisis y la interpretación de la información seguirá la siguiente metodología.
- ❖ Jerarquizar la información discriminando lo primario de lo secundario
- ❖ Establecer vinculaciones entre los datos a través de comparaciones, relaciones y explicaciones.
- ❖ Unir los datos de la realidad con la teoría establecida en los conceptos básicos y antecedentes investigativos.
- ❖ Apreciar críticamente los datos.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO:

Actividades	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril
1. Elaboración del proyecto de investigación	X				
2.Recolección de Datos		X	X	X	
3. Estructuración de resultados				X	
4.Informe final					X



BIBLIO - HEMEROGRAFÍA

30. Administración de Historias Clínicas. Primer curso de Capacitación a distancia en Calidad de la Gestión Documental en Salud Policial. Lima. 2000.
31. Borrel, Esteban. Análisis de la Calidad de la Historia Clínica. Colombia. 2000.
32. Brook C. Motivation for improvement in quality personal and international perspectives. Intern J for Quality in Health Care 1999; 11(5): 1-3.
33. Casals 1 Salvador: Auditoria de historias clínicas. Miembro de la Asociación Catalana de Centros Médicos ACCM. Web Médica Acreditada por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Editorial médica Tarragona. Tarragona. Barcelona. España. 2003.
34. Chávez Acosta. Evelin: Análisis Cuantitativo de la Historia Clínica. Lima. Perú. 2000.
35. Chávez, J. Aulló y otros: La Historia Clínica Plan de Formación en Responsabilidad Legal Profesional. Asociación Española de Derecho Sanitario. España. 1998.
36. Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. México. La Prensa Médica Mexicana. 2000.
37. García, Culebras, Gonzáles Sánchez, Montero Muñoz, Olivares Escribano. Evaluación del grado de cumplimentación y accesibilidad de los datos en la Historia Clínica. Colombia. 2000.
38. Gómez Dolores, especialista Medicina Legal y Forense. La historia Clínica y Aspectos Éticos y Legales.
39. Herranz Rodríguez. Comentarios al Código de Ética y de Odontología. Ediciones Universidad de Nanerva.
40. ISGC/MPAA/Perú Herramientas de Calidad. 1999.
41. Llanos Zavalaga. Auditoria Médica en el primer nivel de Atención. Revista Médica Herediana. Perú. 2000.
42. Marco Conceptual de la calidad. Texto autoinformativo. Universidad Mayor de San Marcos. Perú 1999.
43. Mercedes Tegero Alvarez. Documento Clínica y Archivo. 2006
44. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Oficina de Estadística e Informática. Normas Técnicas para la Administración de las Historias Clínicas. Lima. 1999.
45. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Gestión de la Calidad. Perú. 2002.
46. Ortega Benito J.M. La Auditoria Médica. Revista de Medicina Clínica. Perú 1994.

47. Otero, Saturno. Evaluación y control de la Calidad. Barcelona 1999.
48. Paredes Núñez. Julio Ernesto: Manual para la Investigación Científica. Arequipa. 2004.
49. Piscoya Arbañil. José. Diplomado de Auditoría Médica. Facultad de medicina. Universidad Mayor de San Marcos. Perú 1999.
50. Piscoya Arbañil. Leonardo: Valoración de las Historias Clínicas. Lima. 2000.
51. Piscoya J. Cómo hacer una Auditoría Médica. Boletín Informativo del Colegio Médico del Perú. 1992; Año XXII N° 1.
52. Piscoya J, Bazán A. Auditoría Médica: Balance y Perspectivas - Separata del Hospital Almenara del IPSS Diciembre 1993.
53. Ruiz M. Tipología documental en las Historias Clínicas. Revista de estudios Extremos. España 2001.
54. Sistema Nacional de Archivos: Normas Generales del Sistema Nacional de Archivos. Dirección Nacional de Desarrollo Archivístico y Archivo Intermedio. Lima. 2001.
55. Uvori, H. Introducir el control de Calidad, un ejercicio de audacia. Control de Calidad Asistencial. México 1999.

REFERENCIAS DE INTERNET

56. Auditoria Medica en los Hospitales de Regular y Alta Complejidad e Institutos Especializados del MINSA. Directiva Documento de Trabajo. <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/01-%20Directiva%20de%20Auditoria%20M%C3%A9dica.pdf>. 20
57. Harrison: Principles of Internal Medicine Mc Graw Hill 1999. <http://www.medicadetarrawna.esiaulá/auditoria.htm>.
58. MINSA. Norma Técnica de Auditoria en Salud Para el Mejoramiento de la Calidad en los Servicios. <http://www.minsa.gob.pe/portalldestacados/archivos/56/NTAS-VALIDACION-4.pdf>.
59. Mira 2, J.J., Gómez J. Aranaz J., Pérez E.: Auditoria de Historias Clínicas: Evaluación de la Calidad de la Información, Documentos y Sistemas de Información Clínica Hospitalaria Todo Hospital. 1997(140):58-64, artículo original. Universidad de Alicante; Alicante. Valencia. España. 1997 <http://www.uv.es/~docmed/documed/documed/1524.html>.
60. Piscoya Arbañil José L.: Calidad de la Atención en Salud a través de la Auditoria Médica. Diplomatura de Auditoría Médica, Anales de la facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú. 2000. http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/anales/Vol61_N3/